

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

DISSERTAÇÃO

Dissertação académica orientada pela
Professora Doutora M^a Julia Costa M. Martinho
e co-orientada pela Professora Clara Monteiro

SANDRA CRISTINA MARQUES FERREIRA

PORTO | 2015

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível devido ao apoio de várias pessoas, às quais gostaria de reconhecer e agradecer:

Expresso os meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar à Professora Júlia Martinho, minha orientadora nesta tese de Mestrado, pela feliz oportunidade que me deu de realizar este trabalho e pela sua orientação sábia e ponderada, pela compreensão, disponibilidade.

Aos meus Pais, que em tantos momentos difíceis me animaram.

À Alexandra e à Amélia que sempre me incentivaram para que não deixasse esta etapa a meio, também pelas opiniões esclarecidas e pela colaboração na revisão do texto.

Aos enfermeiros chefes dos serviços de Neurologia, Hemato-Oncologia e Medicina Física e Reabilitação, porque estiveram sempre disponíveis para me ajudar e que assentiram ao pedido para o desenvolvimento do meu estudo.

Aos funcionários do arquivo clínico pela simpatia e colaboração na minha colheita de dados.

A todos os que de forma direta e indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

Em especial ao meu marido e filho, pelos momentos ausentes, mesmo estando presente e por toda a ajuda e compreensão.

A TODOS O MEU MUITO OBRIGADA

"Quando morremos nada pode ser levado connosco, com a exceção das sementes lançadas por nosso trabalho e do nosso conhecimento."

Dalai Lama

SIGLAS E ABREVIATURAS

‘13 - 2013

‘14 - 2014

AVC - Acidente vascular cerebral

CHSJ - Centro Hospitalar São João

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPLER - Curso pós licenciatura enfermagem reabilitação

ELA - Esclerose lateral amiotrófica

ESEP- Escola Superior Enfermagem Porto

Exmo. - Excelentíssimo

Fem. - Feminino

Fev. - Mar - Fevereiro a Março

h - Horas

Hemato - Hemato-oncologia

INE - Instituto Nacional Estatística

Jan.- Mar. - Janeiro a Março

Mai. - Jul. - Maio a Julho

Masc. - Masculino

MFR - Medicina Física e Reabilitação

Neuro - Neurologia

Nº.- Numero

P. - Página

RAI - Responsável pelo Acesso Informação do CHSJ

SAPE - Sistema Apoio Prática Enfermagem

TCE - Traumatismo crânio encefálico

TIC - Tecnologia de informação e comunicação

TV - Televisão

TVM - Traumatismo vertebro-medular

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - A FAMÍLIA E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR	23
1. A FAMÍLIA NA SOCIEDADE ATUAL	25
1.1. Ciclo de Vida e Transições Naturais	29
1.2. A Família em Situações de Crise	34
2. A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	39
2.1. O Processo de Cuidados Dirigido à Família.....	42
2.2. O Enfermeiro Especialista de Reabilitação.....	48
PARTE II - TRABALHO DE CAMPO.....	57
3. METODOLOGIA.....	59
3.1. Perguntas/Questões de Investigação.....	61
3.2. Objetivos	62
3.3. População em Estudo	63
3.4. Técnica de Recolha de Dados	65
3.5. Seleção dos Documentos para Análise	66
3.6. Procedimentos e Considerações Éticas.....	67
3.7. Desenho do Estudo	69
PARTE III - O CONFRONTO COM OS DADOS... OS REGISTOS DE ENFERMAGEM	71
4. OS RESULTADOS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	73
4.1. Caracterização dos Participantes.....	73
4.2. Apresentação dos Achados.....	74
5. COMPARANDO OS DADOS COM A LITERATURA.....	91
PARTE IV - CONCLUSÕES.....	107
CONCLUSÃO.....	109
PARTE V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

BIBLIOGRAFIA.....	115
ANEXOS.....	127
ANEXO I - Plano de formação	
ANEXO II - Guião de entrevista	
ANEXO III - Autorização para a realização no estudo	
ANEXO IV - Quadro de focos abertos dos utentes dos processos analisados	
ANEXO V - Quadro de avaliação de formação sobre família	

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Stressores horizontais e verticais.....	31
FIGURA 2 - Modelo de Calgary de Avaliação da Família.....	45
FIGURA 3 - Seleção dos documentos para análise	67
FIGURA 4 - Comparação multicasos.....	70

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caraterização dos participantes	74
TABELA 2 - Nº de processos por período de análise	75
TABELA 3 - Dados relativos ao tipo de formação frequentada pelos enfermeiros dos serviços em estudo.....	75
TABELA 4 - Dias de internamento por serviço e fase	76
TABELA 5 - Idade (média, mínimo e máximo) dos utentes dos processos analisados por serviço e fase	77
TABELA 6 - Sexo dos utentes dos processos analisados por serviço e fase	78
TABELA 7 - Estado Civil dos utentes dos processos analisados (%)	79
TABELA 8 - Distrito de residência dos utentes dos processos analisados.....	80
TABELA 9 - Diagnósticos dos utentes dos processos estudados.....	81
TABELA 10 - Descrição do cuidador dos utentes dos processos analisados.....	82
TABELA 11 - Sexo do cuidador dos utentes dos processos analisados	82
TABELA 12 - Convivente significativo dos utentes dos processos analisados.....	83
TABELA 13 - Nº de cartas de alta dos utentes dos processos analisados	84
TABELA 14 - Nº de dias de registo do foco Papel do prestador de cuidados, dos utentes dos processos analisados	84
TABELA 15 - Nº de registos das intervenções de família/prestador de cuidados no serviço de Neurologia dos utentes dos processos analisados	85
TABELA 16 - Nº de registos das intervenções de família/prestador de cuidados no serviço de Hemato-Oncologia dos utentes dos processos analisados	85
TABELA 17 - Nº de registos das intervenções de família/prestador de cuidados no serviço de Medicina Física e Reabilitação dos utentes dos processos analisados	86

RESUMO

O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

A abertura dos hospitais às famílias surge num conjunto de políticas de *empowerment* e de responsabilização pessoal pela manutenção da saúde e prevenção da doença, uma vez que as restrições económicas preveem altas hospitalares cada vez mais precoces.

A integração das famílias no hospital desencadeou mudanças na organização dos cuidados e na natureza das relações que se estabelecem entre o doente, os familiares e as equipas de saúde.

Sendo a família a verdadeira fonte de equilíbrio do cuidar informal e um recurso de cuidados de saúde fundamental, constitui-se cada vez mais, como um foco pertinente de intervenção da enfermagem de reabilitação já que as avaliações a estas permitem antecipar intervenções que previnem uma eventual crise e reforçam a eficácia do *coping*, contribuindo para uma recuperação mais eficaz do doente. Por sua vez, os enfermeiros especialistas de reabilitação ao integrarem as famílias nos seus cuidados desenvolvem as suas competências de forma mais ampla, numa perspetiva global dos cuidados, aumentando a visibilidade dos mesmos.

É reconhecido que na interação enfermeiro / família são produzidos saberes, estratégias e recursos facilitadores das transições doença/saúde (Sousa, 2011) .

A relação interpessoal enfermeiro/família é condição determinante para a qualidade de cuidados prestados ao doente, sendo através destas habilidades relacionais que o enfermeiro especialista em enfermagem reabilitação consegue obter um maior numero de ganhos na autonomia do doente e na satisfação profissional.

A investigação que realizamos “*O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação*” integra-se no projeto da ESEP “Recontextualizar os cuidados à família em internamento: processos

formativos” e procura conhecer como os enfermeiros incluem a família nos cuidados explorando e descrevendo as intervenções que estes desenvolvem através dos registos que estes efetuam.

É um estudo qualitativo, exploratório, descritivo e recorre ao estudo de caso como opção metodológica.

A colheita de dados foi efetuada através da consulta dos registos de enfermagem dos serviços de Neurologia e Hemato-Oncologia (serviços em que os enfermeiros participaram num programa de formação dirigido à família) e do serviço de Medicina Física e Reabilitação (sem recurso a formação no âmbito da família) de um hospital da região Norte.

Neste estudo foram analisados 90 processos de enfermagem cuja a técnica de recolha de dados utilizada foi a análise documental dos registos de enfermagem em três períodos diferentes.

Os resultados obtidos evidenciam que existem dificuldades nos diferentes contextos estudados na documentação das acções/intervenções dirigidas à família advindo principalmente do suporte informático subjacente aos registos de enfermagem. Salienta-se também, que para os enfermeiros a representação da família nos registos de enfermagem é muito condicionada, apenas para alguns a família restringe-se ao prestador de cuidados e é tida como recurso e fonte de informação.

Relativamente à perspectiva dos enfermeiros generalistas e especialistas de enfermagem de Reabilitação do envolvimento da família nos cuidados é-nos evidenciado um número maior de intervenções registadas no serviço onde todos os enfermeiros do serviço são especialistas. Este facto aparentemente relaciona-se com os objetivos do serviço que visam capacitar o cuidador e com o facto de neste serviço na generalidade dos casos o cuidador “ser família”.

Todos os enfermeiros são sensíveis ao tema do envolvimento da família nos cuidados, no entanto, entre o discurso e a ação, existe ainda um longo percurso a fazer-se...

Palavras-chave: Família; Hospitalização; Gestão da informação; Enfermagem em Reabilitação.

ABSTRACT

The family involvement into the Hospital: the general nurse perspective and the rehabilitation nurse specialist perspective.

The hospital's openness to families arises in a set of empowerment and personal accountability politics of health maintenance and disease prevention, as the economical restrictions oblige earlier hospital releases.

Integrating the family into the hospital led to changes in the healthcare organization and in the nature of the relationships that are established between patient, family and healthcare teams.

As it is the main source of balance for the caregiver and a crucial healthcare resource, the family has been established as an important object of intervention by the rehabilitation nurse. The family evaluation can anticipate interventions that prevent a possible crisis and reinforce the coping efficacy, thus leading to a more effective recovery. On the other hand, by integrating the family into their plan of care, the rehabilitation nurses specialists develop widely their competency, in a holistic perspective of care, and also enhancing their visibility.

It is recognized that knowledge, strategies and resources that facilitate the disease/health transition are produced through the nurse/family interaction (Sousa, 2011).

The interpersonal relation between nurse and family is a determining condition to deliver quality healthcare to the patient. It is through relational abilities that the rehabilitation nurse specialist manages to obtain better results in autonomy and professional satisfaction.

The investigation that we conducted "The family involvement into the Hospital: the general nurse perspective and the rehabilitation nurse specialist perspective" is integrated into ESEP's project "Recontextualize the family care during admission: formative processes" and aims to discover how nurses include families into care by exploring and describing the nursing interventions that were done through the nursing records analysis.

This is a qualitative, exploratory, descriptive study, and uses the case study as a methodological option.

The data collection was made through the analysis of the nursing records of three main health services of an Hospital in the north region: Neurology, Hemato-Oncology (health services that participated into a formative program about family care) and Physical Medicine and Rehabilitation (health service without specific formative program about family care).

In this study we analyzed 90 nursing process using the documental analysis of the nursing record in three different periods.

The obtained results show that there are difficulties in the studied contexts regarding the nursing electronic records and the intervention directed to the families. It also shows that for nurses, the family representation is restricted. Only to few nurses the family is restricted to the caregiver figure and it is seen as a resource and information source.

Regarding to the comparison between general nurses and rehabilitation nurses specialist's perspective, we conclude that there is a higher number of nursing interventions recorded in the ward where all the nurses are specialists. This fact can be apparently related to the ward's philosophy that aims to empower the caregiver. Also in this ward's case the caregiver is usually a "close relative".

It seems that all nurses are sensitive to the theme of the family's involvement in care. In spite of that, there's still a long journey to be done to close the gap between discourse and practice...

Keywords: Family; Hospitalization; Information management; Rehabilitation nursing.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação. Neste sentido, a investigação pode dar um elevado contributo à prática clínica de Enfermagem, através da identificação e validação de saberes específicos, permitindo uma evolução para a prática baseada na evidência. O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem permite melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em Saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

O avanço científico e tecnológico tem vindo a contribuir para o desenvolvimento da área da saúde, permitindo uma melhoria de cuidados ao utente e consequentemente uma melhoria no estado de saúde das populações (Sousa, 2011).

A disciplina de enfermagem tem vindo a acompanhar estes avanços, particularmente sentidos nas últimas décadas, tendo a investigação assumido um papel importante ao nível da construção de um corpo de conhecimentos que contribua para o reconhecimento e valorização da enfermagem.

Atualmente, no contexto da profissão está uma melhoria contínua dos cuidados prestados aos doentes, fundamentada em estudos que orientam o exercício profissional, sendo essencial a utilização de conhecimentos para a melhoria constante no atendimento ao paciente (Sousa, 2011).

Espera-se cada vez mais que as enfermeiras adotem a prática (...) baseada em evidência, usando resultados de pesquisa para fundamentar suas decisões, ações e interações com os clientes (Polit, et al, 2000). Assim, é essencial que os enfermeiros desenvolvam habilidades de

investigação e revejam nelas uma oportunidade de reflexão acerca da prática de cuidados.

A doença, eixo estruturante em torno do qual a atividade hospitalar tradicionalmente se organiza, perde protagonismo para a saúde, descrita como um conceito positivo, um recurso para a vida, um estado de harmonia e de equilíbrio com o meio físico, biológico e social, compatível com a plena atividade funcional. Esta visão ecológica reporta à concepção holística do ser humano nas suas múltiplas dimensões, onde naturalmente o sistema familiar ocupa um lugar de destaque.

O conhecimento acerca das transições humanas tem sido assumido, cada vez mais, como central para Enfermagem. Meleis e colaboradores (2000) dizem-nos que os enfermeiros são os principais cuidadores dos indivíduos e suas famílias que estão a passar por processos de transição, assistindo às mudanças e exigências que as transições provocam nas suas vidas, ajudando-os na preparação para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Compreender as propriedades e as condições inerentes a um processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas positivas.

Considerada como a primeira unidade social, a fonte de identidade, a sede dos afectos, a família apresenta como função primordial o suporte e a proteção dos seus membros. Em situações de doença, os inúmeros recursos familiares são ativados no sentido de garantir o apoio e a resposta às necessidades específicas dos seus membros. Assim se depreende que a doença de um elemento tenha impacto sobre todo o funcionamento familiar, da mesma forma que a própria família afecta particularmente o estado de saúde dos seus membros (Martins, 2002). Nas últimas décadas a presença dos familiares é entendida como um factor de humanização das instituições e parte integrante da componente assistencial, sendo desta forma declarada um direito do doente (Portugal, 2000). A enfermagem assume o compromisso de incluir a família nos cuidados de saúde (Wright e Leahey, 2009), reconhecendo que da relação enfermeiro/família são

produzidos conhecimentos, estratégias e recursos que permitem a ocorrência de transições positivas (Sousa, 2011).

Por sua vez, os enfermeiros especialistas de reabilitação ao integrarem as famílias nos seus cuidados alargam as suas competências, numa perspetiva global dos cuidados, engrandecendo a evidência dos mesmos.

É reconhecido que na interação enfermeiro/família são produzidos conhecimentos, estratégias e recursos facilitadores das transições doença/saúde.

A relação interpessoal enfermeiro/família é uma situação fundamental para a qualidade de cuidados prestados ao doente, sendo através destas estratégias relacionais que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação consegue uma maior satisfação profissional e autonomia do doente e para com o doente.

A investigação que realizamos *“O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação”* integra-se no projeto da ESEP *“Recontextualizar os cuidados à família em internamento: processos formativos”* e procura conhecer como os enfermeiros incluem a família nos cuidados explorando e descrevendo as intervenções que estes desenvolvem através dos registos que estes efetuam.

A finalidade do estudo é contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem à família em ambiente hospitalar, promovendo o envolvimento desta nos cuidados de enfermagem, sendo a nossa opção metodológica por um estudo de caso que se centra numa abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. A população em estudo são os enfermeiros de três serviços de internamento de um centro Hospitalar da zona Norte.

O presente relatório de pesquisa pretende dar a conhecer o desenvolvimento do processo de investigação e os resultados obtidos com ele, cumprindo com às exigências do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação onde se insere. Encontra-se organizado de acordo com o desenvolvimento do processo de investigação e dividido em cinco partes.

A primeira parte remete-se à revisão teórica e a segunda ao enquadramento conceptual da problemática em estudo, onde, abordarmos a família, o ciclo de vida e transições naturais, o processo de cuidados dirigidos à família e as competências do enfermeiro especialista de reabilitação neste âmbito.

Na terceira parte, expomos o enquadramento metodológico do nosso estudo. Para tal, definimos os objetivos, as questões de investigação e o tipo de estudo, caracterizamos o grupo de participantes, descrevemos os procedimentos para a recolha de dados e a metodologia de análise e tratamento dos dados. Para além disso, tecem-se ainda considerações de natureza ética que consideramos pertinentes à elaboração deste estudo.

Na quarta parte, serão apresentados e analisados os resultados do estudo. Por último, e em jeito de conclusão, são apresentadas as considerações finais e enunciadas sugestões para a prática de cuidados e para futuras investigações neste âmbito.

Refira-se ainda que este trabalho de investigação foi encarado como um momento de reflexão e um exercício de aprendizagem, consistindo em mais uma etapa no percurso de desenvolvimento profissional e pessoal.

Muitas foram as dificuldades, tanto em relação às limitações pessoais, bem como ao tempo disponível, no entanto, contamos com o auxílio da família, amigos, colegas e com os participantes do estudo para as podermos ultrapassar e desenvolver um trabalho dirigido aos objetivos que o orientam.

**PARTE I - A FAMÍLIA E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR**

1. A FAMÍLIA NA SOCIEDADE ATUAL

A família é o principal sistema de suporte dos seus familiares e a principal fonte de manutenção da dignidade das pessoas, devendo ser encarada como um todo que se integra em vários contextos, composta por vários elementos ou membros. Entende-se por família como sendo um grupo de pessoas com vínculos afetivos de consanguinidade ou convivência, sendo o primeiro núcleo de socialização que, comumente transmitirá os valores e costumes que formarão a personalidade e património cultural do indivíduo (Saúde, 2001).

Para o Conselho Internacional de Enfermagem a família é um grupo designado por uma – unidade social ou todo coletivo, composta por pessoas ligadas através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerado como um sistema, que é maior do que a soma das partes (ICN, 2002).

Para Alarcão (2006), a família é o espaço onde nascemos, crescemos e morremos. Onde se produz e se aprende: relações, linguagem, comunicação e onde se vivem relações afetivas, que contribuem para a formação da personalidade e identidade de cada elemento. É a base de apoio afetivo, psicológico, instrutivo e social de todos os seus elementos.

É a família que responde a todas as necessidades dos seus membros, moldando-se e transformando-se para dar resposta a estas necessidades e mudanças que possam advir, apesar das alterações e das transformações ocorridas no seio familiar e de todas as que ainda possam ocorrer no futuro. A família segundo (Augusto, 2002, p.40) "*não deixa de ser o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada*".

Representa a instituição mais antiga e a que sofreu, ao longo dos tempos, profundas alterações quer na sua constituição, quer na sua estrutura, de forma a assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros (Araújo, et al., 2010)

De acordo com Relvas (2006), cada elemento da família participa em diversos sistemas e subsistemas, realizando diversos papéis em diversos contextos.

A família está, em constante conexão com o exterior, garantindo o seu equilíbrio no processo de desenvolvimento, através da transição estádios, em que aos estádios corresponde o ciclo vital da família, que expressa e integra uma perspetiva desenvolvimentista da família, representando um esquema de classificação em estádios que marcam a sequência previsível de transformações, na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas, diferenciando fases ou etapas” (Santos, 2007,p. 75). Esta cresce e desenvolve-se no equilíbrio do contexto de vida e da continuidade geracional, vivendo simultaneamente momentos de estabilidade e mudança (Martins, 2002).

Ao longo dos tempos, têm-se transformado, acompanhando as mudanças socioculturais, económicas, religiosas, de acordo com o contexto em que está inserida. Embora a instituição família permaneça forte e robusta, a família em si está a sofrer alterações. A família típica (dois pais biológicos e filhos) não é mais a mesma, os casais cada vez mais têm um só filho. No nosso país, segundo os Censos 2011 (INE, 2013) a dimensão média das famílias reduziu-se significativamente em 50 anos, passando de 3,8 pessoas por família, em 1960, para 2,6 pessoas, em 2011. O casal (com e sem filhos) continua a ser a forma predominante de organização da vida familiar (62% das famílias em 1960 e 59% em 2011). Nos últimos 50 anos assistiu-se ao aumento do peso relativo dos casais sem filhos (de 15% em 1960, para 24% em 2011), dos núcleos familiares monoparentais (de 6% em 1960, para 9% em 2011) e das pessoas que vivem sós (de 12% em 1960, para 20% em 2011) e à diminuição do peso das famílias complexas (de 15% em 1960, para 9% em 2011) dos casais que tem apenas um filho.

As tendências demográficas registadas nas últimas décadas (aumento da esperança de vida, queda da fecundidade, adiamento da parentalidade, aumento das uniões de facto e do divórcio, ...) implicam um processo de mudança progressivo e persistente em direção a novas formas. (INE, 2013)

No contexto da formação e dissolução familiares, as estatísticas demográficas revelam que a constituição familiar através da celebração de casamento é uma realidade que sofreu fortes alterações, sublinhando-se a quebra geral do número de casamentos, o aumento da idade média ao casamento, a diminuição da proporção de primeiros casamentos, o crescente número de cônjuges com residência comum anterior ao casamento e com filhos comuns anteriores à celebração do casamento (INE, 2013).

A análise da evolução das formas de viver em família ao longo das últimas décadas, recorrendo aos dados dos recenseamentos da população, revela cinco grandes tendências:

- 1) As famílias são significativamente mais pequenas, passando a dimensão média de 3,8 indivíduos em 1960 para 2,6 em 2011. Por seu lado, a percentagem de famílias com mais de cinco pessoas diminuiu expressivamente, representando, em 2011, somente 2% das famílias clássicas, por comparação com 17,1% em 1960;
- 2) O casal continua a ser a forma predominante de organização da família. Em 2011, 59% das famílias eram constituídas por um casal, sendo o “casal com filhos” a estrutura predominante (35,2%). No entanto, é de salientar que o número de “casais sem filhos” tem vindo a aumentar, em resultado do adiamento da parentalidade e do envelhecimento populacional;
- 3) As famílias complexas, em que a uma família simples (de casal com ou sem filhos ou pai/mãe com filhos) se juntam outras pessoas aparentadas dentro do mesmo lar, têm decaído significativamente, sobretudo ao longo das duas últimas décadas, refletindo uma maior autonomia dos casais e dos indivíduos, que têm vindo a dispor de acrescidas condições de independência não só económica mas também residencial;

4) As famílias monoparentais (pai ou mãe só a viver com filhos de todas as idades) têm vindo a aumentar e o seu peso no total de famílias que ultrapassou, em 2011, o das famílias complexas, em resultado sobretudo do aumento das ruturas conjugais (divórcios e separações);

5) Em 2011, o peso dos núcleos familiares monoparentais com filhos era de 14,9%, cerca de 1/3 dos núcleos monoparentais com filhos menores vivem em famílias complexas (32,4% em 2011). Este dado aponta para a maior vulnerabilidade social destas famílias, que se expressa na ausência de autonomia residencial e na necessidade de apoio dos familiares mais próximos (INE, 2013).

Outro aspeto importante a realçar é a diminuição do número de idosos a viverem em unidades domésticas de família complexa. De facto, seguindo tendências anteriores, a percentagem de idosos a viver com outros familiares em famílias complexas baixou significativamente de 2001 para 2011 (de 19,6% para 15,8%). Tal fenómeno é concomitante com o aumento de idosos sós. Embora estes idosos vivam sós e por mais anos, nem sempre quer dizer que a pessoa se mantenha funcional, autónoma e saudável, pelo contrário, tem aumentado o número de indivíduos que vivem funcionalmente dependentes, devido à maior prevalência de doenças crónicas incapacitantes.

As famílias, assim como os indivíduos mudam e crescem ao longo do tempo. Embora as famílias não sejam nem de perto idênticas umas às outras, passam por certos estágios. Cada estágio de desenvolvimento tem os seus próprios desafios, necessidades e recursos. A alteração da sociedade sendo composta por uma população mais idosa tem precipitado a mudanças nos estágios e transições no ciclo da vida familiar.

1.1. Ciclo de Vida e Transições Naturais

A família é o lugar que dá origem à história de cada pessoa, é o espaço privado onde se dão as relações mais espontâneas. Não podemos escolher a nossa qualidade de membro na família a não ser, talvez, pelo casamento. Os filhos, por exemplo, não escolhem quanto a nascer dentro de um sistema. Assim como os pais, pois não conseguem optar quanto à existência das responsabilidades da paternidade, mesmo que algumas vezes negligenciem essas responsabilidades (Carter e McGoldrick, 2001). Então, o sistema familiar evoluiu ao longo do tempo, passando por um processo de crescimento para atingir níveis de maturidade, o qual é denominado ciclo de vida familiar (Carter e McGoldrick, 2001).

O ciclo de vida de uma pessoa acontece dentro do ciclo de vida familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano, e as suas intersecções vão constituir o contexto da vida familiar. Com isto não há um ponto de partida predeterminado para compreender o ciclo familiar. Devemos ter em conta que a família é como um sistema que se move através do tempo, não de forma linear, mas como uma espiral. Cada fase ou etapa do ciclo de vida tem tarefas específicas a serem desempenhadas, tanto as tarefas de transição em relação à fase anterior, como as tarefas de adaptação à nova fase.

Sendo a família o contexto primário do desenvolvimento humano, ela é vista como um sistema que se move através do tempo e possui características particulares, pois somente pode incorporar membros através do nascimento, da adoção ou do casamento, seja ele oficializado através de um ritual ou apenas na condição de união estável. Os membros somente poderão ir embora pela morte (Carter e McGoldrick, 2001).

Ao longo do tempo é possível reconhecer diferentes padrões na organização das famílias, assim como diversas formas de relacionamento entre os seus membros. Apesar destas diversidades, podemos também observar muitas características semelhantes ao longo do ciclo de vida das famílias. Estas características semelhantes costumam ser chamadas de

Fases do Ciclo de Vida das Famílias. Conhecê-las permite compreender melhor o modo como as famílias enfrentam e superam cada fase, tornando visíveis as dificuldades encontradas.

Carter e McGoldrick (2001) desenvolveram a noção de ciclo de vida da família tradicional, dividindo-o em seis estágios, cada qual com determinados desafios e tarefas desenvolvimentais: os jovens solteiros; o novo casal; famílias com filhos pequenos; famílias com filhos adolescentes; o ninho vazio e, finalmente, famílias no estágio tardio de vida.

Uma vez que a família é composta por diversos membros, em diferentes fases do seu desenvolvimento individual, as fases não são vividas de forma isolada. Há sobreposição de etapas, causando impactos significativos para a transição de uma fase para outra.

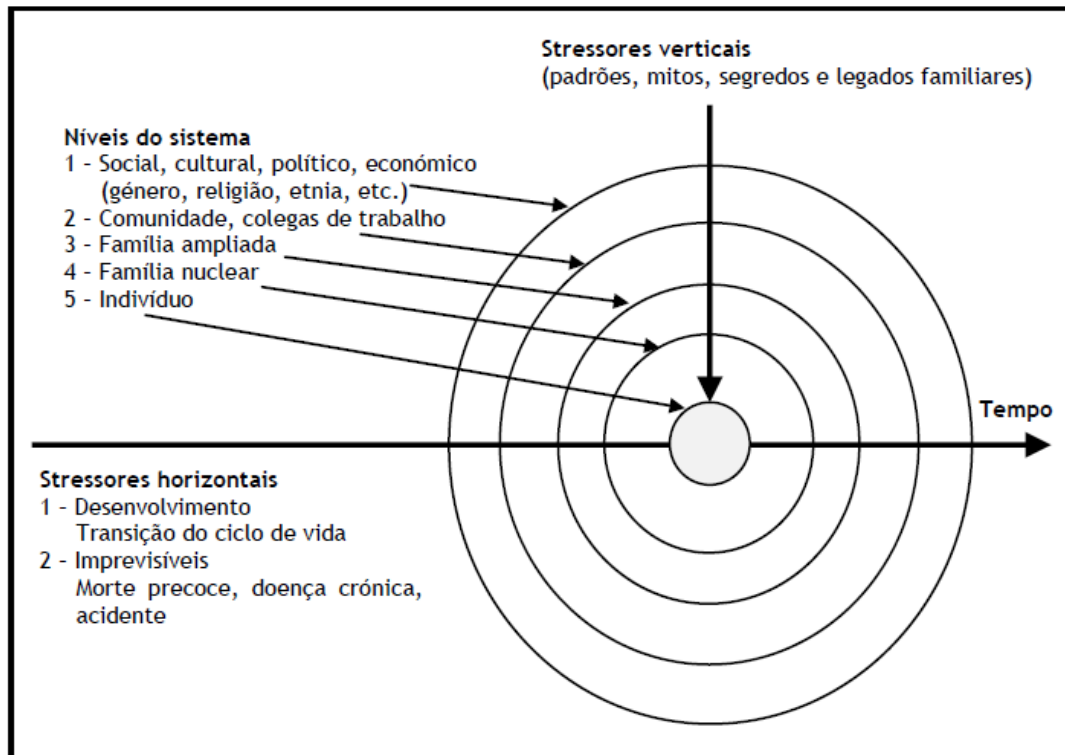
De modo geral, na nossa sociedade, a passagem da primeira etapa (jovens solteiros) para a segunda (o novo casal) tende a ser demarcada por um ritual de casamento, comumente um casamento civil e/ou religioso, apesar de também haver apenas a união estável ou coabitação. Já a transição para a terceira fase (famílias com filhos pequenos) é demarcada pela gravidez do primeiro filho de um casal, a qual pode ser planeada ou não (Carter e McGoldrick, 2001).

Ao longo do seu ciclo de vida, as famílias vivem eventos que podem funcionar como stressores. De acordo com Almeida (2005) o stresse familiar aparece com maior intensidade em momentos de transição de um estágio para o outro, no processo de desenvolvimento da família, muitas vezes criando rompimentos neste ciclo, produzindo sintomas e disfunção. A estrutura e o funcionamento familiar modificam-se ao longo do ciclo vital para adequarem-se às mudanças e vicissitudes da vida (McGoldrick, 2001).

Os stressores verticais são os “padrões de relacionamento e funcionamento que são transmitidos para as gerações seguintes de uma família. São as atitudes, tabus, expectativas, rótulos e questões opressivas familiares com as quais nós crescemos e convivemos (Carter e McGoldrick, 2001). Podemos também considerar como stressores verticais a história de cada família, os seus mitos e medos, os seus rituais e os seus padrões de

comportamento, que são transmitidos através de gerações de forma explícita ou não.

Figura 1 - Stressores horizontais e verticais



Fonte: Adaptado de Carter e McGoldrick (2001, p.12)

Questões culturais e religiosas podem criar conflitos entre os próprios pais e suas famílias de origem, na medida em que fazem escolhas reafirmando ou distanciando-se das heranças e valores comuns que constroem o senso de identidade familiar (Carter e McGoldrick, 2001) e dentro os chamados stressores horizontais, temos as passagens de uma fase do ciclo de vida para outra, são eventos previsíveis denominados de desenvolvimentais. Há outros eventos ou transições que podem afetar o crescimento da família, provocando destabilizações, como doenças crónicas, acidentes, desemprego, mortes prematuras, entre outros.

Para Bridges (2004), transição não é apenas uma palavra para designar mudança, mas, tem implícito no seu conceito os processos psicológicos envolvidos na adaptação para o acontecimento de mudança

face a acontecimentos perturbadores. As mudanças na saúde e doença das pessoas originam um processo de transição, tendendo esta situação a predispor à vulnerabilidade e riscos que podem afetar a sua saúde (Meleis, et al., 2000).

Para a enfermagem, as transições constituem um novo paradigma, uma nova forma de olhar e cuidar a pessoa e a família no decurso das diferentes etapas do ciclo de vida. O enfermeiro desenvolve, grande parte do seu trabalho, em momentos de transição. Atua na gravidez e período pós parto, no internamento hospitalar, na alta para o domicílio na recuperação e reabilitação da pessoa (Meleis, 2010).

O desenvolvimento do trabalho de enfermagem, nestas fases de transição da pessoa, é muito importante para o crescimento e maturação do indivíduo, pois desenvolve-se em torno de qualquer pessoa que tem uma raça, uma cultura e vive num meio social, numa circunstância de saúde ou doença, que de alguma maneira vive uma transição real ou antecipatória. A interação do enfermeiro/pessoa organiza-se em torno de uma intenção que conduza a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

O processo de transição requer tempo para que as pessoas se desliguem dos comportamentos e identidades antigas (Kralik, et al., 2006), a consciencialização e envolvimento da pessoa só acontece quando esta tem noção da mudança. O ciclo vital é complexo, está constantemente a transformar-se de um estado, fase ou períodos. A vida em si é uma transição. As transições na vida são acompanhadas por várias emoções, relacionadas com as dificuldades encontradas em todo o processo de transição. A transição pressupõe uma reorganização do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida. Durante e após um período de transição, a identidade pode sofrer alterações devido às situações vivenciadas (Bridges, 2004).

Como referido anteriormente (Carter, et al., 2001), as famílias não transitam duma etapa para outra quando resolveram a anterior - os estádios de desenvolvimento sobrepõem-se uns aos outros, muitas vezes em duas etapas ao mesmo tempo.

Para Relvas (2006) o ciclo vital da família caracteriza-se:

- **Formação do casal** (criação do modelo: a nossa família), *“Todo o par tem três partes: tu, eu e nós; duas pessoas, três partes, cada uma delas significativa, cada uma delas com vida própria. Cada parte torna mais possível a outra. Deste modo, eu torno-te mais possível a ti, tu tornas-me mais possível a mim, eu torno mais possível a nós, tu tornas mais possível a nós e, juntos, nós tornamos mais possível um e outro”* (Virginia Satir citado por Relvas, 2006,p. 54);
- **Família com filhos pequenos** (função conjugal move-se para a função parental). Os novos pais terão que estabelecer limites claros com os novos avós, de forma a destrinçar o papel parental e maternal materno e o papel parental e maternal paterno. Alarcão refere que *“ a conjugalidade não pode ser anulada, nem mesmo ocultada, pela parentalidade: tem que ser com ela articulada. Mas também sabemos que a parentalidade é, a todos os títulos, um parceiro muito exigente”* (2006, p. 131);
- **Família com filhos na escola** (transferência e expansão das normas). É a fase em que se dá o primeiro teste externo: o início da individualização da criança e da autonomia da criança. A separação pais - filho é a grande mudança desta etapa; é nesta etapa que a criança aprende novos valores e a diferença entre a autoridade e a paternal da autoridade do professor;
- **Família com filhos adolescentes** (Socialização e individualização dos seus elementos). Esta é a etapa em que o adolescente continua a aquisição de autonomia, sobretudo de valores, constrói a sua identidade e impõe a sua posição no mundo, com o objetivo de se assumir e assumir papéis adultos de carácter social, relacional, afetivo e laboral.
- **Família com filhos adultos** (Perspetiva multigeracional: o entrecruzar de gerações). É nesta etapa que se dá aquisição de novos elementos para a família, parentes por afinidade, netos e talvez as gerações mais idosas, reintegrando a família. Redefine-

se relações que envolvem novamente a negociação de interdependências que as ligaram e continuam a ligar (Relvas, 2006).

O desenvolvimento da última etapa definida por Relvas (2006) depende da forma como foram vividas as etapas anterior. É nesta etapa que se dá a aposentação do casal, dependendo desta a qualidade de vida que o casal vai ter, conseguindo ou não a autonomia financeira, para manter as suas necessidades básicas.

A família terá de ter a capacidade de, revezadamente, se unir em si mesma, para restabelecer as forças, para abrir portas a novas oportunidades e acontecimentos imprevisíveis, que constituem o ciclo vital, desde a constituição da família ao seu desaparecimento.

Tanto na família, como em qualquer organismo a mudança ocorre constantemente. E por vezes a seguir a uma "tempestade" como diz o ditado popular vem a "bonança", ou seja depois das dificuldades colocadas pelo aparecimento de novas situações que requerem novas competências emerge a capacidade de se lidar com os desafios colocados, sendo compreensível este movimento porque a família está em constante desenvolvimento (Relvas, 2006).

1.2. A Família em Situações de Crise

Geralmente a hospitalização produz uma ameaça geral à vida, à saúde e à integridade física, pois quando aparecem sintomas desagradáveis que produzem incertezas ao doente sobre o presente e o futuro, o doente fica sob grande stress. Quando uma pessoa está hospitalizada, há uma rutura com o seu quotidiano, com as relações de vida e com tudo o que tem significado, causando tudo isto, ansiedade e medo, uma vez que a hospitalização significa uma mudança de vida, a que o indivíduo pode ter dificuldade em se submeter.

“A hospitalização representa, particularmente para a pessoa, uma ameaça e um desafio, que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes fatores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, entre outros” (Moniz, 2003, p.43).

A hospitalização segundo a Infopédia (2003-2014) *“é o ato ou efeito de hospitalizar, é o internamento em hospital”,* sendo o hospital uma instituição pública ou privada onde se recebem e tratam doentes; esse tratamento é efetuado por uma equipa multidisciplinar, sendo de destacar nesta os enfermeiros que desempenham um papel importante, pois acompanham o doente 24 horas por dia, sempre de forma coordenada com os demais profissionais de saúde, segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2003:2009), a hospitalização tem o mesmo significado complementado pela expressão *“...a fim de receber tratamento médico”*.

Já Caetano (2002) define o internamento hospitalar, como sendo o local onde uma pessoa permanece acamada, total ou parcialmente, e durante um período superior a 24 horas. Pode propor-se uma exceção: permanecer no serviço de urgência durante um tempo superior a 24 horas, contudo, o serviço de urgência não é considerado como um serviço de internamento hospitalar.

Qualquer problema que envolva hospitalização de um indivíduo, gera alterações funcionais na família, pois, como nos diz Filipini e colaboradores (2006) a hospitalização altera a rotina diária, não só do doente, mas sobretudo dos seus familiares, devendo por este motivo, esta ser envolvida nos cuidados, com o objetivo de minimizar as alterações e modificações das rotinas e as alterações emocionais do doente. Para além de promover alterações funcionais na família, a hospitalização, gera no indivíduo hospitalizado um sentimento de ansiedade, que é percebido pela família, provocando alterações de comportamentos emocionais nesta. Como podemos verificar no estudo de Mendonça e colaboradores (2000), a hospitalização e o cuidar tem uma influência muito grande na vida dos familiares, 86,2% referem que o facto de cuidar de um doente interferiu na sua vida, quer a nível económico, profissional, afetivo e na saúde. Para

amenizar estas alterações emocionais, o enfermeiro tem um papel importante e como nos diz Gonçalves (2003), é imprescindível que ao cuidar o doente/família, o enfermeiro, tenha conhecimento e consciência que deve suavizar, minimizar e se possível eliminar o processo ansioso que estes vivenciam, fundamentalmente através do estabelecimento de uma boa relação enfermeiro/doente/família.

Sendo o enfermeiro um elemento privilegiado na equipa multidisciplinar, o acolhimento do doente deve envolver a família, com o objetivo final de envolver o prestador de cuidados no processo de tratamento e reabilitação do doente, garantindo assim, a continuidade de cuidados, pois como nos diz Elsen (2009) a família atua como uma unidade de atenção primária na saúde e nos cuidados dos seus membros.

É a família que após uma hospitalização vai cuidar do seu familiar, tentando dar resposta e satisfazer as suas necessidades. Por este motivo a família deve começar a ser preparada desde o momento de admissão do doente até ao momento da alta hospitalar, com objetivo de se preparar para a transição dos cuidados hospitalares para os cuidados domiciliários. Os familiares podem também oferecer informações preciosas e necessárias para a prestação de cuidados mais eficazes à pessoa hospitalizada, de forma a satisfazer necessidades e gostos, bem como, a perceção de particularidades e expressões do utente, humanizando o contexto onde são prestados os cuidados (Inaba, Silva, Teles, 2005).

Hanson (2005) refere que de forma geral:

- Os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos dentro do contexto familiar;
- A família é afetada quando um ou mais de seus membros tem problemas de saúde, sendo a unidade familiar um fator importante na manutenção ou desequilíbrio do estado de saúde e bem-estar dos indivíduos;
- Um dado funcionamento da família, pode afetar a saúde de seus membros, como também certos acontecimentos e comportamentos de cada membro, podem afetar a saúde e o equilíbrio de toda a unidade familiar;

- A eficácia dos cuidados de saúde a um indivíduo torna-se evidente quando se enfatiza o cuidado envolvendo a família;
- A promoção, manutenção e restauração da saúde da unidade familiar é essencial para a sobrevivência da sociedade, razão pela qual muitas vezes a família quer permanecer junto ao doente no hospital.

Andrade (1997) aponta alguns motivos para a família desejar permanecer junto do doente, como: a insegurança; o interesse no paciente; o sentimento de corresponsabilidade pela recuperação do paciente; a oportunidade de aprender; a obrigação; o respeito e simplesmente para estar junto.

Por conseguinte, as intervenções de enfermagem devem procurar a reorganização da família perante a crise, apoiando e orientando esta a encontrar estratégias de adaptação, pois como refere Duhamel (2010), a família deve ser integrada nos cuidados, para que as intervenções realizadas com a família, tenham como objetivo final, ajudar a família a descobrir novas soluções e reduzir o seu sofrimento emocional, físico e espiritual.

Para alguns autores, dos quais salientamos (Cunha, 2003, p.62), refere que *"com a participação da família nos cuidados vemos essencialmente dois aspetos muito importantes: por um lado o doente sente uma maior ligação com o seu ambiente, pois tem a perceção da manutenção do mesmo; por outro lado a família tem maior acesso à informação, acerca do seu familiar, de como evolui o seu estado de saúde, podendo continuar a cuidar dele como faria se não estivesse hospitalizado, o que contribui para diminuir a ansiedade e o stress, que acompanha as situações de hospitalização"*.

A participação da família nos cuidados permite ao enfermeiro saber e compreender as necessidades e dificuldades sentidas por estes no desempenho do novo papel de cuidadores. Martins (2006) refere que as visitas hospitalares não devem ser consideradas como momentos de intrusão no sistema hospitalar, mas sim, serem utilizados para momentos

de educação para a saúde, promover o bem-estar do doente e garantir a continuidade de cuidados.

O enfermeiro deve aproveitar este momento para capacitar e auxiliar o cuidador a desenvolver e a acreditar no seu potencial para cuidar, permitindo que este se envolva nos cuidados e faça a gestão do processo de regresso a casa do seu familiar, que se encontra muitas vezes dependente, elevando os receios de dificuldades no desempenho do seu novo papel de cuidador.

A função pedagógica do enfermeiro reveste-se assim de grande importância, ao nível da educação ao doente e da sua família, tanto no momento da alta como em todo o processo de doença.

É inconcebível o cuidado em enfermagem sem a componente educação para a saúde da pessoa ou família cuidada, quer seja para a manutenção de cuidados, recuperação ou adaptação ao seu novo estado de saúde, privilegiando ao máximo a independência e a autonomia de quem é cuidado. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, neste contexto, desempenha um papel fundamental, devendo estar presente como educador/formador de excelência quer seja a nível da reabilitação, quer seja ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis. Pois, são os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que se interessam pela melhor forma de conseguir a qualidade de vida da pessoa, a independência no autocuidado e a capacidade de retomar a vida ativa e por ajudar os clientes a reavaliar as capacidades funcionais (HOEMAN, 2000).

2. A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR

A abertura dos hospitais às famílias surge num conjunto de políticas de melhoria de qualidade, produtividade e de responsabilização pessoal pela manutenção da saúde e prevenção da doença, uma vez que as questões de gestão e contensão económica preveem altas hospitalares cada vez mais precoces.

A integração das famílias no hospital desencadeou mudanças na organização dos cuidados e na natureza das relações que se estabelecem entre o doente, os familiares e as equipas de saúde.

No sentido de melhorar o exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2003) determina a necessidade dos profissionais alargarem o conceito de cliente e a relação de parceria à família, considerando que as intervenções de enfermagem se potenciam se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados.

É de extrema importância que a equipa esteja preparada para estabelecer um relacionamento de confiança e reciprocidade com a família. Portanto é necessário que o profissional comunique de maneira clara (Maruiti, et al., 2008).

A atitude dos profissionais é determinante na qualidade das relações que se estabelecem entre o enfermeiro e a família, sendo reconhecido que uma atitude de suporte favorece o desenvolvimento de um trabalho de parceria, de partilha e de coresponsabilização entre os intervenientes (Benzein, 2008).

A formação especializada contribui para que os enfermeiros de reabilitação adotem eficazmente a perspetiva sistémica do cuidado, considerando o doente, a família e o ambiente partes integrantes e indissociáveis dos seus processos de decisão.

O enfermeiro de reabilitação deve adotar uma postura de proximidade perante a família, o que implica considerar os seus saberes, as suas crenças e o seu poder de decisão em todo o processo terapêutico, mesmo que haja opiniões diferentes.

A relação interpessoal enfermeiro/família é determinante para o carácter de cuidados prestados ao doente, sendo através destas habilidades relacionais no cuidar que se alcança maior autonomia profissional e satisfação pessoal.

Pozebom (2009) refere que uma das dificuldades sentidas pela família aquando da comunicação com os profissionais de saúde é o entender a linguagem de termos técnicos utilizados e muitas vezes ditos de maneira fria.

Para Resta e Budô (2004), a família jamais deve ser excluída do cuidado, sendo que ela é a referência do paciente, com o amor, a confiança e muitas vezes o motivo da sua existência. O que é denotado muitas vezes durante o horário de visita do doente.

O conflito é uma consequência natural e inevitável das relações interpessoais, ao que não fica imune o contacto diário dos enfermeiros com as famílias. Resulta de um antagonismo entre as partes, manifesta-se com sentimentos de hostilidade e quando não é gerido de forma eficaz pode conduzir a resultados muito negativos (Cunha, et al., 2010). Se as famílias forem acolhidas e ouvidas nas suas angústias e ansiedades e esclarecidas as suas dúvidas, estas irão respeitar e valorizar os profissionais bem como tranquilizar o doente fazendo-o sentir-se melhor (Silva, 2002).

Ao intervir na família, o enfermeiro é visto como um agente ativador da mudança, que utiliza as oscilações próprias dos momentos de crise para conseguir um novo nível de equilíbrio. Através de conversações terapêuticas este profissional procura promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental.

No entanto, a intervenção do enfermeiro na família depende da sua formação bem como da sua experiência profissional. Segundo Galinha (2009) os profissionais que apresentam uma visão negativa sobre a envolvência da família, distinguem-se pela maior ocorrência de conflitos.

Em oposição, as experiências próprias de doença grave com os seus familiares, condicionam uma atitude positiva do enfermeiro face à família, no decorrer do seu trabalho (Benzein, et al., 2008). Há outros enfermeiros que têm receio de passar pelo sofrimento dos doentes, criando assim um escudo protetor emocional que condiciona o relacionamento com a família. Para além destes fatores, existem outros que são referenciados como limitadores e que condicionam o envolvimento das famílias nos cuidados, sendo também geradores de conflitos entre a equipa de enfermagem e a família.

Um estudo desenvolvido por Dibai e Cade (2009) confirma que as limitações estruturais do hospital são sentidas pela família como um impedimento ao seu papel de acompanhante. O acompanhante toma as normas impostas pelo serviço como condicionantes ao seu papel, não entendendo que os serviços devem obedecer a normas imposta pelas comissões de controlo de infeção e que o espaço que lhe é concedido é muito restrito, ficando os enfermeiros predispostos a conflitos aquando a menção destas normas aos acompanhantes. Para que o conflito não venha a ocorrer é de extrema importância que toda a equipa de profissionais, especialmente a equipe de enfermagem, tenha uma linguagem comum.

A escassez de recursos humanos é também precursora de situações conflituais com a família, pois, os enfermeiros não têm capacidade para dar uma resposta efetiva às famílias, uma vez que se vêm obrigados a dividir o seu tempo por vezes escasso, pela atenção e cuidado a um doente e por familiares ansiosos e ávidos de informações (Farrel, et al., 2005). A escassez de recursos, ou recursos limitados pelo excesso de doentes proporciona que família e a equipa de enfermagem não partilhem a informação sobre a necessidade de cuidado ao doente, possibilitando que esta tenha uma visão diferente acerca da mesma.

Para que haja envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, há a necessidade de fazer uma avaliação prévia das competências desta, o que exige tempo por parte do enfermeiro, e esta é frequentemente questionada, verificando-se a existência de conflitos quando os familiares

não desempenham devidamente o papel que lhes está determinado (Squassante e Alvim, 2009).

O conflito enfermeiro/família não pode ser analisado apenas pelas consequências negativas que pode trazer à relação terapêutica. O conflito pode ser um percurso para a reconciliação de interesses entre as partes, para o respeito pela diferença e para um genuíno trabalho de parceria.

2.1. O Processo de Cuidados Dirigido à Família

A evolução da sociedade tem levado ao surgimento de famílias com diferentes estruturas e dinâmicas, deixando de estar apenas centradas no núcleo familiar típico. A Organização Mundial de Saúde (1988) baseia-se assim numa visão de família constituída por um grupo de indivíduos que partilha relações de confiança, suporte mútuo e destinos em comum. Desta forma, a definição de família não se encontra limitada por laços legais ou biológicos.

É integrada na família que a pessoa vive os momentos de crise ao longo do seu ciclo vital (Fernandes, et al., 2014). Estes momentos de crise são decorrentes das múltiplas transições vividas e sofridas ao longo da vida, sejam estas situacionais, de desenvolvimento ou de saúde/doença (Meleis, 2010).

O termo “crise familiar” é definido na CIPE como “desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família”. É a dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os enfermeiros devem assumir o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Pode-se, portanto, afirmar que o

cuidado centrado na família é parte integrante da prática globalizante da enfermagem. Para atingir tais objetivos será necessário estabelecer e adotar práticas de avaliação e intervenção familiares adequadas e confiáveis (Wright e Leahey, 2009).

Fernandes e colaboradores (2014) afirmam que “as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para a família como foco de atenção dos seus cuidados, e não uma abordagem fragmentada visando apenas o indivíduo”.

Segundo referem Wright e Leahey (2009), “o enfoque dominante da avaliação de enfermagem e intervenção na família deve ser a reciprocidade entre saúde, doença e a família, e entre paciente, família e enfermeira”. Desta forma é necessário compreender a família na sua complexidade, globalidade, unicidade entre outras características inerentes à multidimensionalidade e que ultrapassa a definição de família associada à consanguinidade e afinidade (Figueiredo, 2009).

Pode-se afirmar que a enfermagem centrada na família sofreu ao longo dos tempos uma transformação paralela à mudança de paradigma da própria enfermagem, em particular, e dos cuidados de saúde, em geral. Antes da segunda guerra mundial, a prestação de cuidados baseava-se numa abordagem mais comunitária e domiciliária, em que os utentes eram cuidados em suas casas, pelo que a prestação de cuidados era “centrada na família” e “nada mais natural que envolvesse os membros da família” (Wright e Leahey, 2009).

Com a transição de paradigma para um cuidar mais hospitalar, o acesso das famílias ao cuidado dos seus membros e a sua participação em eventos como o nascer e o morrer passou a ser limitada.

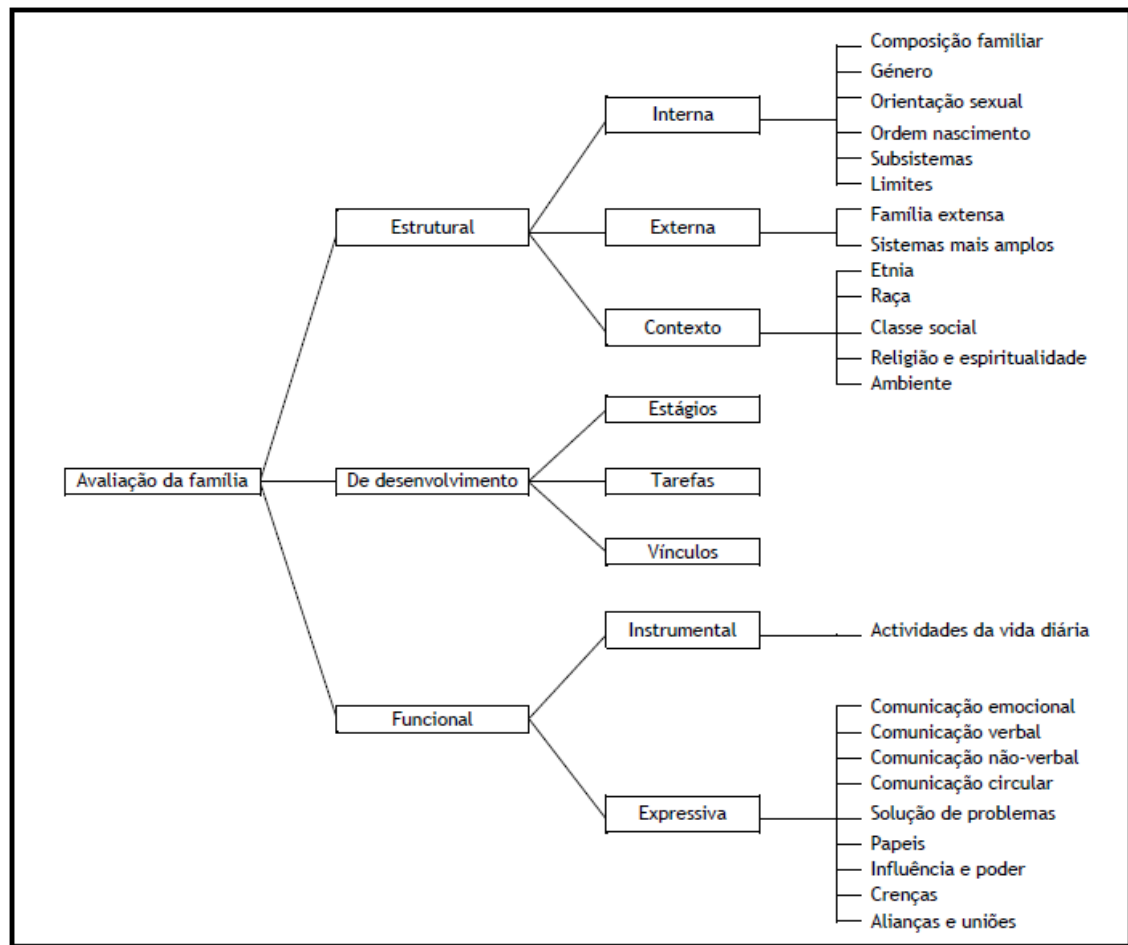
No final da década de 80 e década de 90, a importância da família nos cuidados de enfermagem voltaram a ser discutidas de forma intensa na literatura científica (Gilliss, et al., 1989; Hall e Fawcett, 1991; Friedman, 1997).

Embora a discussão acerca da importância da avaliação e intervenção de enfermagem na família seja unanime, parece continuar a existir um certo desfasamento entre a teoria e a prática (Wright e Leahey,

2009). Friedman (1997) afirma que *“a abordagem centrada na família continua sendo a expressão de um ideal e não uma prática prevalente”*. Ainda assim, têm havido várias tentativas de conceptualizar a avaliação e a intervenção na família. Wright e Leahey (2009) consideram que a adoção de uma estrutura conceptual clara na enfermagem encoraja a síntese de dados, permitindo uma identificação precisa das forças e problemas da família e a constituição de um plano de cuidados útil. De facto, a não utilização de uma estrutura conceptual leva a uma dispersão vasta da informação, tornando difícil sistematizar a informação e relacioná-la com um foco de atenção e/ou intervenção.

Uma das estruturas conceptualizadas de avaliação na família é o Modelo de Calgary (Fig.2). Adaptado do modelo de avaliação de família de (Tomm E Sanders, 1983), este modelo multidimensional é constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Figura 2 - Modelo de Calgary de Avaliação da Família



Fonte: Wright e Leahey (2009, p. 66)

Associado a este modelo, surge também o Modelo de Calgary de Intervenção na família, sendo considerada uma estrutura de intervenção inovadora na área da Enfermagem. Segundo Wright e Leahey (2009), este é uma estrutura organizadora para conceptualizar a interseção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção de enfermagem específica proposta.

A intervenção de enfermagem é normalmente um ato intencional e consciente, demonstrado pelos comportamentos observáveis do enfermeiro que a implementa (Wright e Leahey, 2009). Tendo em conta que a finalidade de uma intervenção de enfermagem é fomentar e proporcionar a mudança, as intervenções eficientes são aquelas para as quais os utentes

estão recetivos, devido à aproximação entre aquilo que é proposto na intervenção da enfermeira e a estrutura biopsicossocial-espiritual dos membros da família (Wright e Levac, 1992).

Esta noção é importante, tendo em conta que a intervenção dos enfermeiros na família é influenciada pela forma como percebemos a realidade familiar através da avaliação, daí que a avaliação e intervenção de enfermagem na família estruturada e baseada num modelo específico ser tão importante.

O objetivo da intervenção será ajudar os elementos da família e a família a adaptarem-se e a desenvolverem novas formas de interagir na família. Para tal, Wright e Leahey (2009) referem intervenções promotoras de mudança centradas nos domínios cognitivo, afetivo ou de conduta do funcionamento familiar.

As intervenções direcionadas ao domínio cognitivo do funcionamento familiar são aquelas que propõe diferentes ideias, opiniões ou crenças sobre um problema real ou potencial de saúde. Wright e Leahey (2009) afirmam que o objetivo deste tipo de intervenção será proporcionar a mudança na forma como determinada família crê ou percebe determinado problema de saúde, fomentando a descoberta de novas soluções para esses problemas.

As intervenções direcionadas ao domínio afetivo do funcionamento familiar destinam-se a regular as emoções intensas que podem levar a um bloqueio por parte da família para tentar solucionar determinado problema. Segundo as mesmas autoras, o objetivo será validar e normalizar as referidas emoções fortes, promovendo esperança à família, pretendendo que estas se ajustem e aprendam formas de lidar e enfrentar os problemas.

As intervenções direcionadas ao domínio comportamental do funcionamento familiar pretendem ajudar os membros da família a interagirem entre si e a adotarem um comportamento diferente em relação uns aos outros.

Wright e Leahey (2009) afirmam ainda que qualquer intervenção deve ser direcionada aos objetivos definidos em colaboração entre a família e a enfermeira, tendo como finalidade promover a adaptação dos

membros da família às diferentes transições do ciclo de vida, fomentando a descoberta de soluções e a redução ou alívio do sofrimento emocional, físico e espiritual. Desta forma, pode-se afirmar que o estilo da relação terapêutica adotada entre os enfermeiros e as famílias tem sido mais colaborativo e não hierárquico, conferindo-lhes maior igualdade e respeito.

Assim, e embora existam as devidas diferenças entre as competências e atuação do enfermeiro, do enfermeiro especialista em saúde familiar e o enfermeiro especialista em reabilitação, se percebe que a compreensão plena dos conceitos de família e a utilização de um modelo de avaliação e intervenção familiar será uma mais-valia nos papéis desempenhados pelo enfermeiro de reabilitação e pela família aquando da hospitalização de um dos seus membros num momento de crise.

Cada um dos intervenientes desta tríade enfermeiro de reabilitação-família-utente poderá ter expectativas, esperanças, crenças e significados diferentes em relação a cada um dos intervenientes, sendo que uma avaliação e intervenção familiar estruturada por parte do enfermeiro de reabilitação poderão ser benéficas naquela relação terapêutica específica.

O enfermeiro de reabilitação enquanto detentor de conhecimentos, habilidades e competências específicas que podem ajudar a pessoa hospitalizada, num momento de certa fragilidade e dependência, a adaptar-se a uma nova situação de vida, deverá também ser capaz de realizar uma avaliação e intervenção estruturada na família que permitam ajustar as suas ideias, crenças e expectativas em relação ao problema de saúde do seu familiar (domínio cognitivo), que permita regular as emoções intensas que aquela situação proporciona no seio da família (domínio afetivo), e que permita a demonstração dessas mudanças através da adoção de um comportamento padrão de interação diferente entre membros da família e entre estes e a pessoa hospitalizada.

Assim se compreende, que o desenvolvimento de competências para trabalhar com a família não deverá ser algo único e exclusivo a um grupo específico de enfermeiros, mas sim um conteúdo transversal a todos os

enfermeiros, independentemente da sua especialidade ou contexto de trabalho (Queiroz, 2009).

2.2. O Enfermeiro Especialista de Reabilitação

Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Ser enfermeiro é acima de tudo salvaguardar os direitos do doente, é promover, aumentar a sua auto-estima, estabelecer uma relação empática onde ele volte a sentir-se amado respeitado... Enfim sentir-se pessoa. (Freitas, 2013).

O cuidado do enfermeiro confirma-se como sendo a relação que se liga à competência técnica com a vivência ética do encontro com o paciente (Renaud, 2010).

“O enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 8).

A prevenção da doença, promoção da saúde e a promoção de processos de readaptação, para a satisfação das necessidades humanas básicas e fundamentais de vida na realização das atividades de vida diária, são os objetivos que os enfermeiros têm a cumprir, adotando estratégias para adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores, através de processos de aprendizagem do utente, os enfermeiros têm noção que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 1998). Os cuidados de enfermagem prestados ao doente, fazem parte de um processo co participativo e exigem uma postura ética com respeito pelas crenças e valores e o reconhecimento da pessoa enquanto detentora de direitos, responsabilidades mas também potencialidades e o envolvimento da família e/ou cuidador neste processo, transforma-o num processo compartilhado que atende de igual modo às necessidades da pessoa dependente e do cuidador e transformando-a também em alvo de cuidados.

Cuidar em enfermagem consiste em empregar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando acolher, impulsionar e proteger a humanidade, ajudando a que o sofrimento e a doença tragam significados às pessoas. O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa (Souza, et al., 2005).

A enfermagem tem a responsabilidade de cuidar dos indivíduos, quando as condições físicas, pessoais, morais e os recursos os impossibilitam de tomar conta de si mesmos. A forma de viver a doença é diferente de pessoa para pessoa, cada pessoa tem a sua forma particular de viver e sentir a doença, devendo ser respeitada seja qual for a sua condição.

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui:
 - a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;

- c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;
- d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
- e) A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
- f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável, ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 1998)

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue:

- Os mais elevados níveis de satisfação dos clientes;
- O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- A procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.
- O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

- O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Para sustentar uma prática que requer conhecimentos especializados são formados enfermeiros especialistas. O enfermeiro especialista possuiu um conjunto de competências clínicas especializadas que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e em competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A sua atuação baseia-se numa atitude de responsabilização profissional, ética e legal sendo pautada pela procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. As suas competências são manifestas no domínio da gestão de cuidados, otimizando e articulando as respostas da equipa de enfermagem. No âmbito das aprendizagens o especialista em enfermagem tem de assumir uma postura autodidata, baseando a sua prática clínica em conhecimentos credíveis, atuais e sustentados pela investigação científica (Sousa, 2011).

A reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, com objetivos bem definidos, entre eles auxiliar o doente a atingir o seu maior nível possível de autonomia e independência, promovendo e incentivando o autocuidado, através de orientações e treino de situações, preparando deste modo a pessoa para a sua integração no seu ambiente familiar, na comunidade e na sociedade.

Esta é uma especialidade que compreende um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas maximizando o seu potencial funcional de independências (Sousa, 2011). Os seus objetivos gerais visam melhorar a função, promover a independência e a maximização das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Gomes (2010) refere que a reabilitação tem acompanhado as alterações de cenários no campo da saúde, movendo-se dos cuidados em contextos de agudos para uma maior intervenção nas situações crónicas. A mesma autora acrescenta a importância da reabilitação não estar direcionada exclusivamente para a recuperação ou adequação física dos

indivíduos, mas considerar o impacto da incapacidade nos vários domínios funcionais (físico, mental, emocional e social).

Os programas de reabilitação incluindo o treino pelo exercício, melhoram entre outros a sintomatologia, reduzem a incapacidade, melhoram a qualidade de vida e promovem a adaptação e reintegração social dos doentes.

O enfermeiro especialista de reabilitação no seio das equipas de saúde, contribui para uma abordagem multi e interdisciplinar dos problemas assumindo-se como o perito em cuidados de enfermagem de reabilitação que possui um conjunto de qualificações que o habilita a exercer as suas funções de forma autónoma e em parceria.

Para o Colégio da Especialidade de Reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

O enfermeiro de reabilitação desenvolve habitualmente diversos papéis na equipa de enfermagem. Forma os seus pares no sentido de ensinar, exemplificando determinadas intervenções no foro da reabilitação, objetivando-as sempre, como forma de assegurar a continuidade dos cuidados pelos enfermeiros generalistas, tornando-os assim, participantes

no processo de reabilitação do doente quer na coordenação das equipas e ainda no trinómio doente/família e comunidade.

Desta forma, a presença do enfermeiro de reabilitação faz sentido nos diferentes tipos de contextos tal como o hospital, os centros de reabilitação, as unidades e equipas de cuidados continuados e os cuidados de saúde primários, locais onde se torna possível a promoção de capacidades adaptativas, com vista ao autocontrolo e ao autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (Sousa, 2011).

Para os profissionais de enfermagem, a reabilitação é mais do que uma disciplina, assume-se como uma filosofia de vida, que os faz assumir um interesse sentido pelo futuro da pessoa mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis (Hesbeen, 2003).

Sendo a família a verdadeira fonte de equilíbrio do cuidar informal e um recurso de cuidados de saúde fundamental, constitui-se cada vez mais, como um foco pertinente de intervenção da enfermagem de reabilitação. Esse apoio ou cuidado pode constituir-se como uma contribuição chave na transição da família para o seu novo papel (Petronilho, 2008).

Neste processo, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2002) consideram-se elementos importantes “a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias (...) no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente” já que os cuidados contínuos e a falta de recursos são uma realidade para a maioria das famílias.

Assim sendo e partindo das intervenções de enfermagem de reabilitação é importante realizar junto das famílias o planeamento da alta, de acordo com as competências do enfermeiro de reabilitação. No processo de planeamento da alta destacam-se:

- A identificação dos problemas reais e potenciais do doente;
- Aproximação do cuidado profissional ao cuidado familiar, através do diálogo com a família;
- Identificação do potencial cuidador informal;
- Previsão do grau de dependência à saída;

- Incentivar a participação da família/cuidador na prestação de cuidados;
- Dialogar com a família/cuidador para reflexão conjunta sobre o impacto da doença na vida familiar, planejamento e avaliação conjunta dos cuidados;
- Avaliação das reais capacidades do doente e da família/cuidador e identificação dos recursos necessários e disponíveis na pós-alta.
- Transferência de conhecimentos, capacidades e recursos para os cuidadores de modo a que consigam prestar cuidados ao seu familiar dependente, adaptando o ensino às necessidades ou dificuldades de cada um;
- Promoção de apoio instrumental no que respeita à utilização de material de apoio ou dispositivos de compensação e nunca descurar a necessidade conjunta de apoio emocional;
- Realização de visita domiciliária para avaliação das condições habitacionais do doente, identificação de barreiras e aconselhamento sobre as adaptações da estrutura física da habitação às reais necessidades funcionais;
- Participação no processo de encaminhamento do doente e cuidador para outros serviços da comunidade (Simões, 2012).

A educação para a saúde é o principal recurso, do enfermeiro de reabilitação, para a transmissão dos saberes. O seu principal objetivo é preparar os cuidadores e ajuda-los a interiorizar competências para o cuidado informal tendo em vista a melhor qualidade de vida. A importância do ensino não se esgota na promoção da independência funcional do doente, mas desempenha também um papel fundamental na prevenção de reinternamentos.

A comunicação entre um e outros deve ser facilitada e a equipa de enfermagem deve certificar-se de que a família/cuidador dispõe de todas

as informações de que necessita com a consciência da importância que o sistema familiar representa para a determinação dos resultados (Hoeman, 2000).

As intervenções de enfermagem de reabilitação têm que ser dirigidas às dificuldades da díade doente - família/cuidador pelo que, apoiar tanto o doente como a família na tomada de decisões é fundamental (Simões, 2012).

Cuidar de pessoas dependentes em contexto informal poderá ser uma tarefa custosa e árdua, como já foi referido, tanto pelas dificuldades e sentimentos que se manifestam e que envolvem o cuidar, como por aspetos mais instrumentais como a falta de disponibilidade ou de recursos económicos, no entanto quando os cuidadores recebem apoio de amigos, familiares e/ou profissionais de saúde acabam por referir sentimentos e experiências positivas nomeadamente acompanhamento, satisfação e gratidão (Araújo, 2009).

Partindo destes aspetos, o planeamento da alta deve incluir o cuidador como alvo prioritário dos cuidados de enfermagem de reabilitação, uma vez que os enfermeiros especializados nesta área dispõem de competências que lhes permitem para além de capacitar o doente e maximizar as suas funções, apoiar, orientar e cuidar da família, nomeadamente através da avaliação familiar, do desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, preparando o cuidador para o desenvolvimento dos sentimentos de perda, culpa, fúria, frustração, pavor, depressão, melancolia, angústia e insegurança que acompanham a responsabilidade atribuída ao desempenho das suas funções ajudando-o a verbalizar e exteriorizar os sentimentos supramencionados, respeitando-os e validando-os, sugerindo formas de prevenir o isolamento e a perda de relações sociais, bem como incentivar o cuidador ao autocuidado, fornecendo informação, ensino, e treino de competências.

PARTE II - TRABALHO DE CAMPO

3. METODOLOGIA

Fortin (1996, p.372) define metodologia como “*o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação*”, ou seja, o investigador seleciona os métodos que irá utilizar de forma a obter respostas às questões de investigação formuladas. É, para tal, indispensável escolher um desenho de estudo adequado, definir a população, escolher os instrumentos da colheita de dados, entre outros. Todas estas fases são importantes, pois irão influenciar o estudo na qualidade e fiabilidade dos resultados obtidos.

Segundo Fortin (1996, p.367) o desenho de investigação é o “*plano e estratégia com vista a obter uma resposta válida às questões de investigação ou às hipóteses formuladas*”. Este é um estudo exploratório, descritivo, que se insere no paradigma qualitativo e recorre à metodologia do estudo caso. Exploratório porque se tenta “explorar” um fenómeno comum a uma população sobre o qual há poucos conhecimentos relacionados com o problema a ser estudado e realiza descrições da situação de forma a obter uma nova perceção do mesmo. Descritivo porque, como refere Fortin (1996, p.171), se deseja “*descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a determinar as características desta população ou de uma amostra*”, estudo de caso porque “*é uma investigação aprofundada de um grupo ou organização*” (Fortin, 1996, pág.172)

Trata-se de um método de investigação qualitativa porque estuda os fenómenos que os indivíduos vivem, ou seja, investiga-se “com” e não “para” as pessoas de interesse. Sendo esta investigação qualitativa descritiva, a narração dos fenómenos possibilita a sua análise de uma forma abrangente e contextualizada, em que tudo possui um significado que é

intrinsecamente dependente da forma como o fenómeno é vivido. (Giorgi e Sousa, 2010).

Para Madureira (2012), a investigação qualitativa aborda os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Optamos pelo estudo de caso porque esta metodologia debruça-se deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única em muitos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico. (Ponte, 1994)

O conhecimento gerado a partir do estudo de caso é mais concreto, mais contextualizado e baseado em populações de referência determinadas pelo investigador de acordo com os objetivos próprios do estudo, o que o faz um tipo de estudo adequado para investigar problemas práticos.

O estudo de caso é muito utilizado quando não se consegue controlar os acontecimentos e, portanto, não é de todo possível manipular as causas do comportamento dos participantes. (Yin, 1994)

O investigador recorre a fontes múltiplas de dados e a métodos de recolha diversificados: documentos, observações (directas e indirectas) e entrevistas, entre outros (Coutinho, et al., 2002)).

Por forma a possibilitar, pela comparação, conhecimento mais profundo sobre o fenómeno, optamos pela *Estudo de Caso comparativo ou multicasos*. (Lessard-Hébert, et al., 1994; Yin, 1994; Punch, 1998; Bodgan, et al., 1994)

Com a elaboração deste estudo pretende-se analisar a informação dos registos de enfermagem, produzida por enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação, de 3 serviços em contexto hospitalar, relativos à envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, procurando identificar mais do que a percepção dos enfermeiros acerca desta envolvimento, as suas ações com estas famílias através dos registos documentados de enfermagem. Posteriormente, é nossa intenção confrontar profissionais de referência dos respectivos serviços em estudo com os achados, procurando identificar as razões que no seu entendimento justificam os mesmos.

A confrontação dos profissionais de referência, terá por base uma entrevista semi-estruturada.

A entrevista pode fornecer dados para comparar evidências recolhidas com outras fontes, a fim de ampliar a confiabilidade do estudo, além de oferecer diferentes olhares sobre o evento.

Esta investigação integra um projeto da ESEP desenvolvido em parceria com o Centro hospitalar São João denominado **Recontextualização dos cuidados à família em internamento - processos formativos** que tem como principais objetivos:

- Analisar as atitudes face aos cuidados centrados na família, dos enfermeiros que procuram a formação no âmbito da família;
- Identificar a auto-perceção dos enfermeiros em formação dos cuidados à família;
- Identificar indicadores que contribuam para a monitorização dos cuidados centrados nas famílias de unidades de internamento;
- Relacionar os fatores dificultadores e os fatores facilitadores com o processo de cuidados à família nas de unidades de internamento.

Ao longo deste capítulo procura-se enquadrar este estudo, bem como descrever a metodologia adotada para a sua concretização. Para tal, serão descritos os procedimentos utilizados na elaboração desta investigação, designadamente: os objetivos do estudo, os participantes, os procedimentos de recolha de informação, bem como os procedimentos de análise dos achados. Finaliza-se com a exposição dos procedimentos formais e éticos considerados nesta investigação.

3.1. Perguntas/Questões de Investigação

Nos tempos que decorrem a família é cada vez mais integrada na prestação de cuidados ao doente hospitalizado, pois esta, como nos diz

Elsen (2009), atua como uma unidade de atenção primária na saúde e nos cuidados dos seus membros.

É a família, que após a alta, assume a responsabilidade de cuidar dos seus entes, tentando satisfazer as necessidades humanas básicas destes. Razão pela qual é de suma importância envolver a família aquando da hospitalização do seu familiar, tendo esta envolvimento como principal objetivo preparar a transição dos cuidados hospitalares para o domicílio.

No sentido de prosseguir o caminho da pesquisa e ajudar a perceber a nossa preocupação nesta temática, formulou-se a questão de partida que segundo Quivy e Campenhoudt (2003) é a melhor forma de dar início a um trabalho de investigação social, permitindo que o investigador exprima o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar ou compreender, bem como as questões orientadoras do estudo.

Questões orientadoras do estudo:

- Como é considerada a família no contexto hospitalar?
- Como se envolve a família nos cuidados de enfermagem?
- Em que medida a área de atuação (contexto profissional) influencia o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem?
- A formação dos enfermeiros influencia o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem?

Destas questões emergiu então a questão de investigação: ***Como envolvem os enfermeiros as famílias nos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar? Como documentam esses cuidados?***

3.2. Objetivos

Segundo Ribeiro (1999, p.24), “à questão de investigação segue-se a formulação dos objetivos de investigação. Estes representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação”.

A relevância dos objetivos do estudo na estrutura do trabalho justifica-se na sua função. Fortin (1996, p.100) refere que o "*objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão*".

Este estudo tem como objetivo geral: Analisar a informação dos registos de enfermagem produzida por enfermeiros generalistas e especialistas de enfermagem de reabilitação referente ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar nos diferentes serviços em estudo.

Como objetivos específicos, definiram-se os seguintes:

- Identificar as dimensões sobre as quais recai a informação relativa ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem produzida pelos enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que trabalham em contexto hospitalar nos diferentes serviços em estudo;
- Comparar a informação relativa ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem produzida pelos enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que trabalham em contexto hospitalar nos diferentes serviços em estudo;

O estudo foi orientado segundo estes objetivos, procurando responder às questões de investigação levantadas.

3.3. População em Estudo

Os participantes da investigação qualitativa são selecionados de "*acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, interação social ou fenómeno de interesse*" (Streubert e Carpenter, 2002, p.25).

Resumindo, o investigador preocupa-se mais em desenvolver uma descrição rica do fenómeno, do que propriamente utilizar técnicas de amostragem que apoiem a generalização dos dados obtidos.

A designação de estudo de caso é aplicável, pois esta pesquisa foi desenvolvida através de uma ampla e dirigida investigação a um grupo profissional, numa instituição hospitalar específica (Sousa, Driessnack e Mendes, 2007)

Uma população pode ser definida, por um conjunto de sujeitos que partilham características comuns e sobre os quais assenta a investigação (Fortin, 1996), ou ainda, por uma agregação de casos que atendem a um conjunto específico de critérios (Polit e Hungler, 2000). Para estas autoras, a distinção entre população alvo e população de acesso, torna-se pertinente. Por população alvo entende-se o conjunto de elementos que o investigador deseja estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações. A população de acesso refere-se aos casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que estão ao alcance do pesquisador.

Assim sendo, a população deste estudo são os Enfermeiros de um hospital do norte - serviços de: Neurologia, Hemato-Oncologia e de Medicina Física e Reabilitação- internamento. A amostra foi intencional já que seleccionamos indivíduos baseando-nos no seu conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento.

A escolha da instituição e destes serviços teve como critério, a formação em família que têm sido facultada aos enfermeiros no âmbito da parceria entre a ESEP e o Centro Hospitalar São João. A formação ministrada procurou desenvolver conhecimentos nos enfermeiros sobre a avaliação e intervenção nas famílias propondo o ensino presencial e o e-learning como estratégia de ensino, sendo os conteúdos da formação iguais para ambos (Ver anexo I).

Os elementos de enfermagem considerados como referência foram os enfermeiros chefes e/ou especialistas do serviço que assumem as funções de gestão.

Desta forma, no nosso estudo incluímos 3 serviços (um sem formação no âmbito da família (serviço de Medicina Física e Reabilitação - internamento) e dois com formação, desenvolvida através de estratégias diferentes - um com formação presencial (serviço de Neurologia) e outro com ensino à distância (serviço de Hemato-Oncologia) como anteriormente referido.

3.4. Técnica de Recolha de Dados

A etapa do processo de investigação dedicada à seleção do instrumento de colheita de dados acontece depois de realizado todo o trabalho preliminar, relacionado com a definição exata da informação que se necessita obter. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que mais convém aos objetivos do estudo, o que mais se adequa no sentido de dar resposta às questões de investigação formuladas.

Num estudo de caso o método de colheita de dados baseia-se em documentos "processos médicos", na observação ou na entrevista "(Fortin, 1996).

Neste estudo a técnica de recolha de dados utilizada foi a análise documental dos registos de enfermagem em três períodos diferentes:

- Fevereiro a março 2013 (antes da formação);
- Maio a junho 2013 (no período imediato à realização da formação);
- Janeiro a março 2014 (depois da formação).

A escolha destes períodos teve como principio a data de realização da formação de família que decorreu entre 22 de Abril e 30 de Maio de 2013 num total de 40h nos serviços de Neurologia e Hemato-Oncologia.

Foi também utilizada a entrevista semi-estruturada a enfermeiros de referência de cada um dos serviços em estudo (ver anexo II). A modalidade da entrevista semi-estruturada foi uma opção que visou

possibilitar o emergir de novos dados não considerados previamente e que contribuíssem para o enriquecimento da informação a recolher.

O guião utilizado na entrevista incluía três blocos temáticos:

- Bloco A - Razões que justificam a tipologia dos registos;
- Bloco B - O registos no âmbito da família;
- Bloco C - Outras atividades desenvolvidas para a família.

Delineámos os seguintes objectivos para a entrevista:

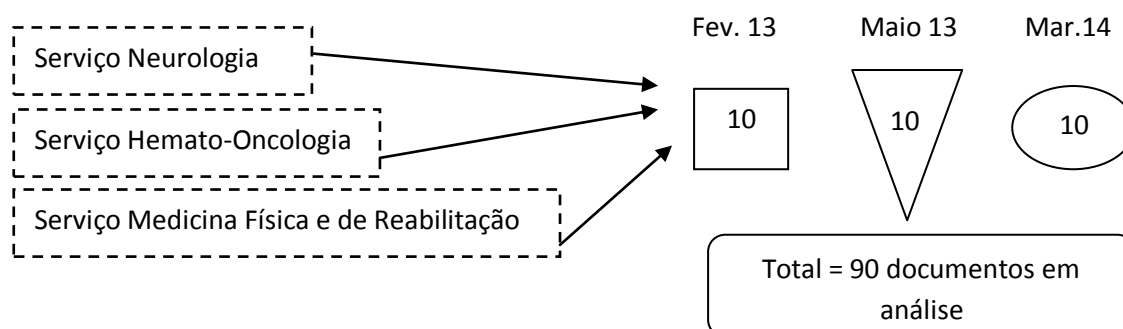
- Identificar factores intervenientes na tipologia dos registos efetuados em cada um dos contextos.
- Conhecer actividades que o enfermeiro desenvolve no seu quotidiano dirigidos para a família e que por vários fatores podem não ser registados.
- Identificar possíveis dificuldades nos registos em cada um dos serviços.

Consideramos que estas técnicas eram as que melhor se adequavam aos objectivos da pesquisa, já que estes implicavam identificar práticas concretas e as eventuais razões subjacentes às mesmas.

3.5. Seleção dos Documentos para Análise

Após autorização do responsável pelo acesso à informação do CHSJ (RAI) foi pedido aos serviços, do arquivo clínico, que seleccionassem processos clínicos em cada um dos períodos por nós referenciado, nos três serviços em estudo. Os processos deveriam ser retirados de 2 em 2 até completar um total de 10 processos. Esta recolha de informação decorreu entre maio e outubro de 2014.

Figura 3 - Seleção dos documentos para análise



Após a análise dos dados efetuamos entrevistas semi-estruturadas a enfermeiros de referência de cada um dos serviços em estudo, procurando compreender quais eram as justificações destes profissionais para os achados dos estudos.

Todas as entrevistas foram transcritas e foram realizadas garantindo o anonimato dos entrevistados pois foi atribuído um código a cada uma dos entrevistados (EER - S ...) enfermeiro elemento de referência do serviço X.

Após as três entrevistas com os elementos de referência de cada serviço demos por terminada a fase de recolha de informação.

Na análise dos dados consideramos que as unidades de significação são “ *os constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a este contexto*” (Deschamps,1993, p.18).

3.6. Procedimentos e Considerações Éticas

A investigação científica é uma atividade humana de enorme comprometimento ético pelas particularidades que lhe são inerentes. A investigação em Enfermagem, associada à procura da verdade, exige rigor,

isenção, persistência e humildade devendo obedecer aos princípios éticos nacional e internacionalmente estabelecidos (Martins, 2008).

Considerando que o alvo da nossa ação, enquanto investigadores, é o Ser Humano e as suas refutações às situações de saúde/doença, o desenvolvimento da investigação deve desencadear no investigador o interesse pelas questões éticas procedentes da necessidade de criar regras, de forma a regulamentar e orientar a investigação com seres humanos (Martins, 2008). Também Fortin (1996, p.113) corrobora com esta opinião quando afirma que *“qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético”*.

Na investigação qualitativa, devido à subjetividade intrínseca a todo o processo, é impreterível atender e respeitar os princípios éticos bem como a deontologia da profissão, de forma a credibilizar e validar todo o processo de investigação. Desta forma, a preocupação ética deve ser um requisito de qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. Fortin (1996) afirma que toda a investigação realizada com seres humanos levanta questões legais e éticas e o investigador deve tomar todas as precauções necessárias para proteger os direitos fundamentais das pessoas: autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo, tratamento justo e equitativo.

Streubert e Carpenter (2002, p.37) reforçam esta ideia quando afirmam que, *“ a investigação qualitativa traz consigo um novo conjunto de considerações éticas... os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relação participante-investigador na investigação qualitativa implicam novas considerações éticas e, por vezes considerações éticas não esperadas”*.

Grande (2000) citado por Martins (2008, p.64) reforça que *“seja qual for a natureza do projeto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos da investigação”*.

As investigações têm limites que não devem ser superados. A ética serve de orientação na conduta, de forma que durante o estudo não se ultrapasse os limites que respeitam a pessoa humana.

Todos estes princípios éticos devem ser protegidos durante todo o processo de investigação e a reflexão e cuidados sobre eles devem ser contínuos, em cada fase do processo, obedecendo assim ao Código Deontológico dos Enfermeiros (Martins, 2008).

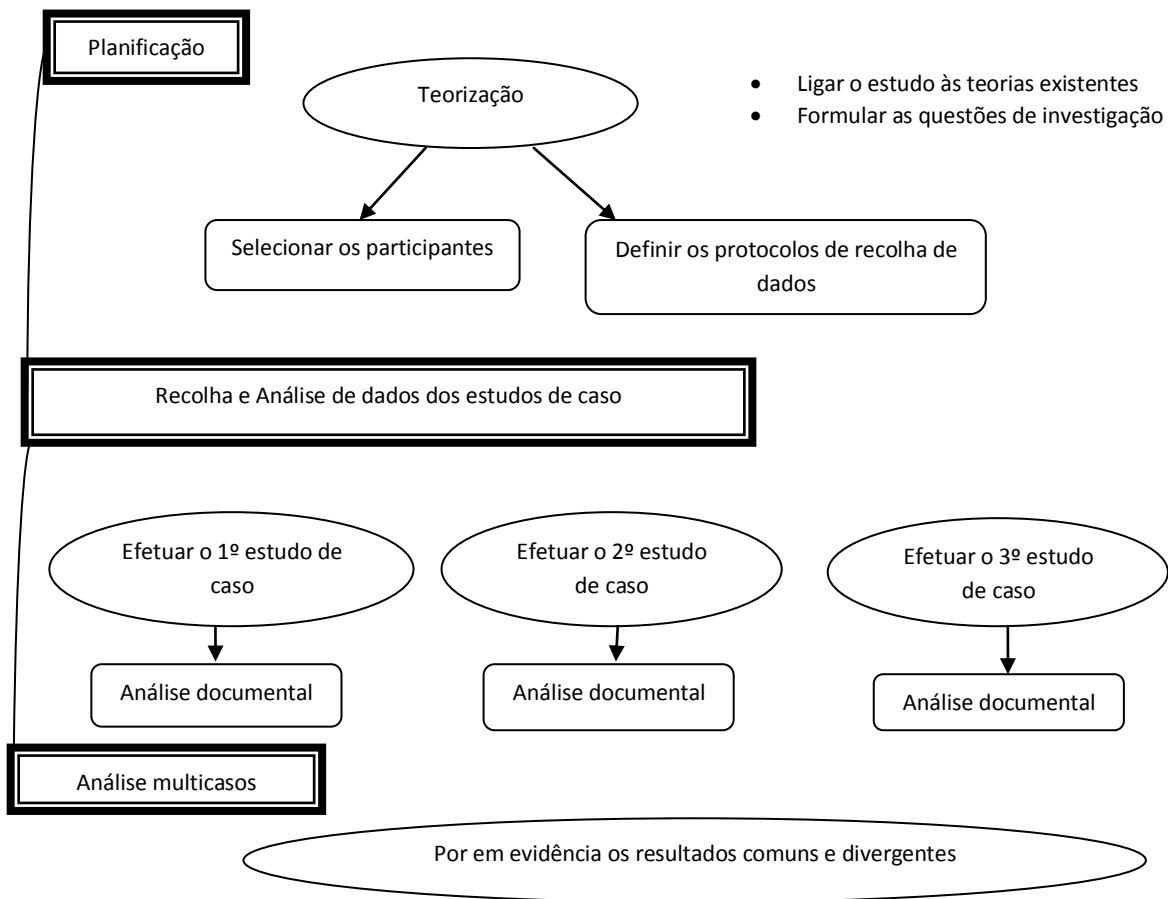
Com o intuito de cumprir integralmente todos os princípios éticos anteriormente mencionados, foi feito um pedido de autorização ao Sr. Presidente do Conselho de Administração do CHSJ, ao Sr. Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, aos Senhores Diretores de serviço e Enfermeiros chefe/ responsáveis e ao Responsável pelo acesso à informação do CHSJ (RAI), sendo autorizados os pedidos na íntegra por todos os membros (anexo III). Para o acompanhamento de todo o processo de investigação foram nomeados os enfermeiros chefes de cada um dos serviços como Elo de Ligação, cuja função era fazer a ligação do investigador com os doentes, seus processos ou familiares.

3.7. Desenho do Estudo

Tendo em conta o tipo de estudo, o investigador acaba assumindo responsabilidades específicas na transformação da informação. O tipo de pesquisa pressupõe a aquisição de conhecimentos de um fenómeno a partir da exploração intensa e exaustiva dos estudos de caso.

A lógica que norteia este estudo é o de comparação multicasos (Fig. 4) segundo Yin (1991), que permite ver evidências e divergências nos contextos onde se desenvolveu a pesquisa. É importante no entanto salientar, que a comparação multicasos respeita a realidade e identidade própria de cada contexto.

Figura 4 - Comparação multicasos



PARTE III - O CONFRONTO COM OS DADOS... OS REGISTOS DE ENFERMAGEM

4. OS RESULTADOS DO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

A análise de dados é um conjunto de métodos que permitem visualizar, classificar, descrever e interpretar os dados recolhidos (Fortin, 1996).

Neste capítulo irá apresentar-se, analisar-se e discutir-se os achados do estudo, começando-se pela caracterização dos participantes.

4.1. Caracterização dos Participantes

Para melhor compreender os registos da população do nosso estudo, é necessário caracterizá-la.

Os participantes deste estudo foram 68 enfermeiros dos serviços de Neurologia, Hemato-Oncologia e Medicina Física e Reabilitação. Dos participantes, 53 são do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Relativamente à idade, o mínimo é 27 anos e o máximo é 56 anos.

A maioria dos participantes possui o curso de licenciatura em enfermagem, sendo que 25 destes possuem o curso de pós licenciatura em enfermagem de reabilitação, 2 destes participantes possuem outras pós licenciaturas e 8 possuem um curso de mestrado (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

Serviço	Nº Enfermeiros generalistas	Nº Enfermeiros especialistas reabilitação	Sexo		Idade		Tempo serviço (anos)		Nº enfermeiros com outra formação académica
			Masc.	Fem	Máx.	Min.	Máx.	Min	
Hemato-oncologia	25	1 - Fem.	4	21	51	30	33	8	2 (pós licenciatura)
Neurologia	18	2 - Masc. 3- Fem.	5	19	56	27	32	3	5 (mestrado)
MFR	0	6 - Masc. 13 - Fem	6	13	52	28	28	8	3 (mestrado)

4.2. Apresentação dos Achados

A classe de enfermagem tem, ao longo dos tempos, reclamado por uma maior independência no exercício das suas funções, pelo que a execução de registos de enfermagem como parte integrante na prestação de cuidados foi um marco histórico adquirido em prol do bem-estar do doente e da qualidade dos cuidados prestados.

Registar é oriundo do termo latino *Registru*, isto é, enumerar certos factos por escrito.

Assim, de acordo com esta definição, registar é escrever determinados factos, que se entendam como significativos para tal, de forma a conferir-lhe autenticidade.

Os registos de enfermagem têm como finalidade descrever a situação de um utente e quais os cuidados de enfermagem que lhe foram prestados, bem como avaliar, em qualquer momento, a qualidade desses cuidados.

Foi com este intuito, que foram analisados 90 processos de enfermagem dos três serviços de internamento em estudo. A seleção dos processos, foi realizada pelo RAI, de forma salteada (sendo retirado 1 processo em 2 processos), conforme data de entrada do doente no serviço. Foram analisados 10 processos por serviço em cada período. A análise dos

processos foi feita inicialmente pelo processo clínico do doente que existia no arquivo, mas devido à maioria dos registos de enfermagem serem informatizados pelo sistema Sclínico, foram também consultados os registos existentes dos respetivos doentes no SAPE (Tabela 2).

Tabela 2 - N° de processos por período de análise

Serviços/Datas	N° de processos analisados			N° Total processos analisados
	Fev-Mar '13	Mai-Jul '13	Jan-Mar '14	
Neurologia	10	10	10	30
Hemato-Oncologia	10	10	10	30
MFR	10	10	10	30
N° Total processos analisados	30	30	30	90

Na Tabela 3 observam-se os dados relativos ao tipo de formação frequentada pelos enfermeiros dos serviços em estudo. Pode-se constatar que no serviço de Neurologia a maioria dos enfermeiros, 78%, frequentou a formação que foi desenvolvida com recurso à estratégia de ensino presencial e no serviço de Hemato-Oncologia 36% dos enfermeiros frequentou a formação com recurso à estratégia de ensino e-learning. Os enfermeiros do serviço de Medicina Física e Reabilitação que são enfermeiros especialistas na sua totalidade não frequentaram a formação em serviço, mas têm todos, formação no âmbito da família em unidade curricular específica da especialidade.

Tabela 3 - Dados relativos ao tipo de formação frequentada pelos enfermeiros dos serviços em estudo

Serviços	N° de enfermeiros	Formação presencial	Formação E-learning
Neurologia	23	18	
Hemato-Oncologia	25		9
MFR	19	0	0

Na Tabela 4 apresentam-se os dados relativos aos dias de internamento dos processos analisados. Verifica-se que o tempo mínimo de internamento é de 1 dia e o tempo máximo de 211 dias, sendo o serviço de Medicina Física e Reabilitação, o serviço com maior nº de dias de internamento.

Tabela 4 - Dias de internamento por serviço e fase

Local/Fase	Média	Mínimo	Máximo
Hemato 1 ^a	22.60	5.00	40.00
Hemato 2 ^a	28.30	7.00	59.00
Hemato 3 ^a	23.50	2.00	54.00
Neuro 1 ^a	15.10	1.00	50.00
Neuro 2 ^a	12.30	4.00	24.00
Neuro 3 ^a	11.20	2.00	34.00
MFR 1 ^a	77.40	23.00	177.00
MFR 2 ^a	109.40	53.00	177.00
MFR 3 ^a	105.40	34.00	211.00

Na Tabela 5 podem-se analisar os dados relativos à idade dos utentes dos processos analisados. É de referir que no primeiro período da colheita dos dados, o doente mais novo dos serviços e processos estudados, tinha 19 anos e o mais velho 81 anos, no segundo período o mais novo tinha 24 anos e o mais velho, 86 anos. No terceiro o doente mais novo tem 21 anos e o mais velho 86 anos.

Tabela 5 - Idade (média, mínimo e máximo) dos utentes dos processos analisados por serviço e fase

Local/Fase	Média	Mínimo	Máximo
Hemato 1 ^a	53.90	27.00	75.00
Hemato 2 ^a	64.00	42.00	86.00
Hemato 3 ^a	50.50	30.00	78.00
Neuro 1 ^a	47.40	19.00	81.00
Neuro 2 ^a	46.10	24.00	64.00
Neuro 3 ^a	62.20	49.00	86.00
MFR 1 ^a	46.60	22.00	63.00
MFR 2 ^a	54.70	30.00	78.00
MFR 3 ^a	49.50	21.00	74.00

Na Tabela 6, podem-se observar os dados relativos ao sexo dos doentes dos processos analisados. Refere-se também que no primeiro e terceiro período da colheita de dados, no serviço de Hemato-Oncologia a percentagem maior de doentes internados, cujo processo foi analisado, era do sexo feminino, sendo no segundo período, 90% do sexo masculino. Já no serviço de Neurologia, é de salientar que no primeiro período a maioria dos doentes eram do sexo masculino e no terceiro período do sexo feminino, havendo no segundo período uma equidade na percentagem de ambos os sexos. No serviço de Medicina Física e Reabilitação, salienta-se que a percentagem de doentes dos processos estudados eram do sexo masculino, tanto no segundo e terceiro período, sendo que no primeiro existia uma equidade na percentagem de ambos os sexos.

Tabela 6 - Sexo dos utentes dos processos analisados por serviço e fase

Serviço/ Fase	Masculino	Feminino
Hemato 1 ^a	20.00	80.00
Hemato 2 ^a	90.00	10.00
Hemato 3 ^a	10.00	90.00
Neuro 1 ^a	60.00	40.00
Neuro 2 ^a	50.00	50.00
Neuro 3 ^a	40.00	60.00
MFR 1 ^a	50.00	50.00
MFR 2 ^a	60.00	40.00
MFR 3 ^a	70.00	30.00

Na Tabela 7, pode-se observar os dados relativos ao estado civil dos doentes dos processos analisados. Verifica-se que o estado civil de casado imperava em todos os serviços estudados.

Tabela 7 - Estado Civil dos utentes dos processos analisados (%)

Serviço/ Fase	Casado	Solteiro	Divorciado	Viúvo
Hemato 1 ^a	80	10	10	
Hemato 2 ^a	80			20
Hemato 3 ^a	70	20		10
Neuro 1 ^a	50	30	10	10
Neuro 2 ^a	80	20		
Neuro 3 ^a	60		40	
MFR 1 ^a	60	20		10
MFR 2 ^a	70	20		10
MFR 3 ^a	60	30		10

Em relação ao local de residência, apresenta-se na Tabela 8 a sua distribuição por distrito, verifica-se que a maior parte dos doentes dos processos analisados são do distrito do Porto e Braga.

Tabela 8 - Distrito de residência dos utentes dos processos analisados

Serviço e Fase/ Distrito	Hemato 1ª	Hemato 2ª	Hemato 3ª	Neuro 1ª	Neuro 2ª	Neuro 3ª	MFR 1ª	MFR 2ª	MFR 3ª
Aveiro	1	2							
Braga	1		1		1		2	2	1
Porto	8	7	6	10	9	10	8	8	8
Viana Castelo		1	2						
Vila Real			1						
Bragança									1

Relativamente aos diagnósticos médicos encontrados nos serviços estudados, verifica-se que no serviço de Hemato-Oncologia prevalece o diagnóstico de leucemia nas três fases, no serviço de Neurologia e Medicina Física e Reabilitação, nas três fases prevalece o diagnóstico de AVC, conforme a Tabela 9.

Tabela 9 - Diagnósticos médicos dos utentes dos processos estudados

Fase / Diagnóstico	Hemato 1ª	Hemato 2ª	Hemato 3ª	Neuro 1ª	Neuro 2ª	Neuro 3ª	MFR 1ª	MFR 2ª	MFR 3ª
Hemorragia	1			2	5	3		1	3
Leucemia	3	7	3						
Linfoma	3	1	3						
Mieloma	1	2	4						
Sarcoma	1								
Síndrome granulocístico	1								
AVC				4	5	6	4	5	3
Epilepsia				3					
ELA				1					
Paralisia BELL						1			
Aneurisma							1		
Derrame pleural							1	1	
Mielite							1		
Politraumatismo							2		2
TCE								1	
TVM								1	1
Síndrome Guillian-Barré								1	1
Tumor intramedular							1		

No nosso estudo tentamos conhecer quais os registos existentes nos processos, relativamente à descrição do cuidador e convivente significativo. Conseguimos perceber que o cuidador mais comum é o cônjuge, em todas as fases e serviços estudados, conforme Tabela 10, verifica-se também a ausência de informação acerca do tipo de cuidador.

Tabela 10 - Descrição do cuidador dos utentes dos processos analisados

Fase / Cuidador	Hemato 1 ^a	Hemato 2 ^a	Hemato 3 ^a	Neuro 1 ^a	Neuro 2 ^a	Neuro 3 ^a	MFR 1 ^a	MFR 2 ^a	MFR 3 ^a
Cônjuge	5	6	7	5	8	4	5	4	6
Filha	2	4	1	1		2		1	1
Filho								1	
Sogra								1	
Irmã	1		1		1	3	1	1	
Nora						1		1	
Mãe	1			3	1		2	1	2
Registo ausente	1		1	1			2		1

Já na Tabela 11 podemos verificar que o sexo feminino é o sexo mais comum dos cuidadores.

Tabela 11 - Sexo do cuidador dos utentes dos processos analisados

Fase/ Sexo	Hemato 1 ^a	Hemato 2 ^a	Hemato 3 ^a	Neuro 1 ^a	Neuro 2 ^a	Neuro 3 ^a	MFR 1 ^a	MFR 2 ^a	MFR 3 ^a
Feminino	9	5	8	7	5	6	5	3	7
Masculino		5	1	2	5	4	3	7	2
Registo ausente	1		1	1			2		1

Consideramos pertinente caracterizar os cuidadores relativamente à idade e profissão para tentarmos perceber que possível impacto poderia ter o processo de doença do seu familiar na vida destes cuidadores. No entanto, nos 90 processos analisados, apenas conseguimos obter os registos das idades dos cuidadores, no terceiro período da recolha, no serviço de Neurologia. Relativamente à profissão do cuidador apenas obtivemos três registos nos quais, um deles a profissão do cuidador era médica, outro doméstico e o outro trabalhador por conta de outrem. Sendo os registos do serviço de Hemato-Oncologia, os dois primeiros encontravam-se nos processos da primeira etapa de recolha e o outro na terceira.

Relativamente ao convivente significativo, Tabela 12, a maioria dos conviventes significativos são os filhos, havendo porém um número grande de registos ausentes, não sendo referido nos processos se não existe convivente ou se este dado não foi registado. O serviço que registou mais este dado foi o serviço de Neurologia na 3ª fase.

Tabela 12 - Convivente significativo dos utentes dos processos analisados

Fase / Convivente	Hemato 1ª	Hemato 2ª	Hemato 3ª	Neuro 1ª	Neuro 2ª	Neuro 3ª	MFR 1ª	MFR 2ª	MFR 3ª
Cônjuge	1	1						1	
Filha	3	3	1	1	2	1	1	2	3
Filho	3	2	2	1	4	6	2		1
Neto		1				1			
Pai	1						1		
Neta						1			
Cunhado							1		
Irmãos							1	1	
Mãe					1	1			
Registo ausente	2	3	7	8	3		4	6	6

Referimos também que dos 90 processos analisados 76 destes, tinham contatos telefónicos de cuidador ou familiar.

Também foi nosso intuito analisar as cartas de transferência ou alta, relativamente à informação que tinham sobre a família. Como se pode ver na Tabela 13, dos 90 processos analisados apenas 26 tinham carta de transferência/alta com informação relativa à família. Verificou-se, ainda, que a maioria das cartas que incluem a família ou prestador de cuidados, contem informação que se resume a algumas intervenções, às quais não tinha sido dado termo no momento da alta. É de salientar que todas as cartas que incluíam a família do serviço de Hemato-Oncologia, possuíam para além das intervenções que se encontravam activas, um breve resumo da constituição da família ou cuidador, antecedentes familiares mais relevantes relacionados com o diagnóstico médico do doente, referindo ainda os ensinos que lhes foram realizados.

Tabela 13 - N° de cartas de alta dos utentes dos processos analisados

Fase	Hemato 1ª	Hemato 2ª	Hemato 3ª	Neuro 1ª	Neuro 2ª	Neuro 3ª	MFR 1ª	MFR 2ª	MFR 3ª
Carta alta inclui família	3	3	3	2	3	5	3	1	3

Relativamente aos focos de enfermagem analisados, conforme se pode verificar na Tabela 14, apenas realçamos o papel do prestador de cuidados, pois era o único que se relacionava com a família. Podendo-se verificar, nos quadros que se encontram no anexo IV, os restantes focos registados pelos enfermeiros. Refere-se também que o serviço que mais dias manteve o foco papel de prestador de cuidados activo, foi o serviço de hemato-oncologia na 2ª fase. Realça-se também que este foco não foi formulado em nenhum dos 30 processos analisados do serviço de Neurologia.

Tabela 14 - N° de dias de registo do foco Papel do prestador de cuidados, dos utentes dos processos analisados

Fase	Hemato 1ª	Hemato 2ª	Hemato 3ª	Neuro 1ª	Neuro 2ª	Neuro 3ª	MFR 1ª	MFR 2ª	MFR 3ª
Papel do prestador cuidados/dias		1						35	48

Em relação às intervenções registadas pelos enfermeiros dos três serviços, conforme se pode verificar nas Tabelas 15,16,17, refere-se que os serviços de Hemato-Oncologia e Medicina Física e Reabilitação foram os serviços onde se encontraram mais intervenções, relacionadas com a família sendo também abrangido o prestador de cuidados. Verifica-se no entanto no serviço de Neurologia um aumento significativo de registos e a introdução de uma nova intervenção dirigida à família na 3ª fase como se pode observar no quadro 15.

Tabela 15 - Nº de registos das intervenções de família/prestador de cuidados no serviço de Neurologia dos utentes dos processos analisados

Intervenções registadas - Neurologia	1ª Fase	2ª Fase	3ª Fase
Encorajar envolvimento da família			10
Facilitar suporte familiar	19	116	146
Facilitar envolvimento da família	31	40	9

Destacamos no serviço de Hemato-Oncologia um número ínfimo de intervenções relacionadas com a família na 3ª fase comparativamente com as fases anteriores.

Tabela 16 - Nº de registos das intervenções de família/prestador de cuidados no serviço de Hemato-Oncologia dos utentes dos processos analisados

Intervenções registadas - Hemato - oncologia	1º Fase	2ª Fase	3ª Fase
Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados	1		
Assistir o prestador cuidados a identificar fatores de risco para a queda no domicílio		2	
Assistir o prestador cuidados na recuperação do papel de prestador cuidados		1	
Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados		1	
Encorajar envolvimento da família	67	37	
Encorajar o prestador de cuidados a exprimir as emoções		1	
Ensinar o prestador de cuidados sobre posicionamento depois da refeição		1	
Ensinar o prestador cuidados sobre posicionamento durante a refeição		1	
Ensinar / instruir o prestador de cuidados sobre administração de medicação		4	
Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção queda		1	
Ensinar o prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de contaminação		1	
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção aspiração		1	
Ensinar/ instruir o prestador de cuidados sobre regime medicamentoso		2	
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação por SNG		1	
Ensinar /instruir o prestador de cuidados sobre preparação/ seleção dos alimentos		3	
Ensinar sobre o papel do prestados cuidados no autocuidado de higiene		1	
Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador cuidados		1	
Facilitar o envolvimento da família	155	47	4
Facilitar suporte familiar	53	19	4
Instruir o prestador cuidados a assistir a deambular		1	
Instruir o prestador de cuidados a otimizar SNG		1	
Promover envolvimento da família		1	
Treinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação por SNG	37	67	

Podemos observar no quadro que se segue um maior número de intervenções dirigidas à família sobrepondo-se no entanto as intervenções dirigidas ao prestador de cuidados.

Tabela 17 - N° de registos das intervenções de família/prestador de cuidados no serviço de Medicina Física e Reabilitação dos utentes dos processos analisados

Intervenções registadas- Medicina Física e Reabilitação	1º Fase	2º Fase	3ª Fase
Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel prestador cuidados			43
Assistir o prestador cuidados a identificar fatores de risco para a queda no domicílio	1		1
Elogiar envolvimento do prestador cuidados			12
Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel do prestador cuidados			42
Encorajar envolvimento da família	62	1	32
Encorajar o prestador cuidados a exprimir as emoções			45
Encorajar o prestador de cuidados no desempenho papel prestador cuidados			40
Ensinar o prestador cuidados a otimizar SNG	16	8	
Ensinar o prestador cuidados sobre a prevenção de perda sanguínea	17		
Ensinar o prestador cuidados sobre cateterismo intermitente		1	
Ensinar o prestador cuidados sobre condições de risco para a desidratação		3	
Ensinar o prestador cuidados sobre dieta obstipante		16	
Ensinar o prestador cuidados sobre equipamento de prevenção queda	19		11
Ensinar o prestador cuidados sobre hábitos alimentares	17	59	
Ensinar o Prestador cuidados sobre posicionamento depois da refeição	16		
Ensinar o prestador cuidados sobre posicionamento durante a refeição	16		
Ensinar o prestador cuidados sobre prevenção de desidratação		3	
Ensinar o prestador cuidados sobre prevenção edema		47	1
Ensinar o prestador cuidados sobre técnica de alimentação		3	
Ensinar o prestador cuidados sobre técnica de alimentação por SNG	16		
Ensinar o prestador cuidados sobre técnica de posicionamento	33		
Ensinar prestador cuidados sobre preparação/ seleção dos alimentos		3	
Facilitar a adaptação do prestador cuidados a novos estilos de vida			32
Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador cuidados			40
Facilitar o envolvimento da família	48		
Facilitar suporte familiar	229	91	143
Incentivar a relação dinâmica do prestador cuidados com a família			40
Incentivar a relação dinâmica do prestador cuidados com os serviços de saúde			32
Incentivar o prestador de cuidados a assumir o papel prestador cuidados			11
Incentivar relação dinâmica do prestador cuidados com a comunidade			32
Instruir o prestador cuidados a assistir a deambular			11

Intervenções registadas- Medicina Física e Reabilitação (continuação)	1º Fase	2º Fase	3ª Fase
Instruir o prestador cuidados a assistir na transferência	1		
Instruir o prestador cuidados a executar a técnica de cateterismo intermitente		1	
Instruir o prestador cuidados sobre a prevenção de aspiração		3	3
Instruir o prestador cuidados sobre a preparação/seleção dos alimentos		3	
Instruir o prestador cuidados sobre o regime terapêutico			3
Otimizar resultados obtidos no desempenho do papel do prestador cuidados			14
Planear encontro com o prestador cuidados			1
Promover envolvimento da família	29		10
Treinar o prestador cuidados a executar a técnica de cateterismo intermitente		1	
Treinar o prestador cuidados a otimizar SNG	15		
Treinar o prestador cuidados a posicionar a pessoa	15		
Treinar o prestador cuidados sobre técnica de alimentação por SNG	16		

Após a colheita e análise dos resultados foram selecionados três enfermeiros de "referência", em cada um dos serviços estudados, que foram confrontados com os resultados obtidos e aos quais foi pedido uma opinião ou complemento de informação a estes achados.

Resultados da análise dos discursos das entrevistas:

Na análise dos discursos colocamos em evidência o fenómeno explorado retirando os dados supérfluos (análise dos domínios - codificação aberta); posteriormente subdividimos o texto em unidades de significação que ilustram factos ligados ao fenómeno, (análise taxonómica - codificação axial); seguindo-se a delimitação do tema central, (análise dos elementos - codificação selectiva); finalizando com a síntese do conjunto das unidades de significação (Deschamps, 1993).

Desta forma a exploração da linguagem fez-se a partir de um processo sistemático que colocou em evidência a interpretação das significações dadas pelos participantes. De seguida apresentamos as unidades de registo dos discursos dos participantes em cada domínio temático.

Razões justificativas para o tipo de registos:

“o intuito do meu serviço é capacitar o cuidador...”

(EER_SMFR)

“A formação decorreu de Março a Maio de 2013, os meses que se seguem é um período alto de licença de férias e 2 elementos de absentismo, o ano de 2014 foi muito mau a nível de recursos humanos por absentismo prolongado, o que contribuiu para desgaste da equipa, foram retirados alguns elementos e vieram elementos de outros serviços colaborar com a equipa que não tiveram formação e ainda estavam em integração...”

“ O SAPE... não serve de justificação pois antes da formação era igual... Não sendo possível dar razões objetivas e diretamente relacionadas de causa e efeito, apenas o relato da realidade”.

(EER_SHO)

“...na minha perspetiva o SAPE é muito limitador nos registos no que concerne ao tema família...”

(EER_SN)

Estas são as razões que os enfermeiros de referência consideram ser as que justificam o tipo de registos que foram encontrados no âmbito da temática da família.

Os registos de enfermagem no âmbito da família:

“...na generalidade dos doentes o cuidador é a família...”

(EER_SMFR)

“...em relação aos registos quando se referem ao prestador de cuidados, estão-se a referir também à família, uma vez que o SAPE não faz a

distinção nas intervenções de quem executa, se família ou prestador de cuidados...”

(EER_SMFR)

“...O SAPE também nos acarreta algumas dificuldades em registar algumas das intervenções...”

(EER_SHO)

“...o registo informático é redutor devido às lacunas existentes e pela não diferenciação entre prestador de cuidados, familiar e outro...”

“...o SAPE não possibilita o registo da avaliação eficaz dessas mesmas atividades...”

“...a nomenclatura do SAPE é muito redutora porque se limita adquirido ou não adquirido...”

(EER_SN)

Para estes enfermeiros as dificuldades para se efetuarem os registos no âmbito da família centram-se na plataforma do registo informático que suporta os registos de enfermagem.

Atividades dirigidas à família que não são registadas:

“... existe o cuidado de fazer reunião familiar para o planeamento de cuidados e alta com os familiares dos doentes ...”

(EER_SMFR)

“... sempre que o doente tem visitas e tem disponibilidade e há vontade

por parte da visita, tentamos capacitá-la também no cuidar, envolvendo-a nos cuidados...”

(EER_SMFR)

“... por norma realizamos uma entrevista familiar estruturada com realização de colheita de dados e construção de genograma e ecomapa não contemplados nenhuma dessas vertentes no SAPE... fazemos ensino estruturado ao cuidador...”

(EER_SN)

Estas são algumas das atividades dirigidas à família nos diferentes contextos que não são registadas, pelas dificuldades enunciadas anteriormente.

5. COMPARANDO OS DADOS COM A LITERATURA

A discussão de um trabalho de investigação constitui um momento de crítica reflexiva, onde se procura estabelecer a relação entre os resultados obtidos e as questões de investigação formuladas (Fortin, 1996). Este capítulo procura evidenciar as semelhanças e divergências dos resultados globais já apresentados no capítulo anterior com as questões de investigação formuladas interpretando-os à luz de outros trabalhos de investigação.

No que se refere às características demográficas da população em estudo dos três serviços, tal como na realidade dos Cuidados de Saúde em Portugal, observou-se um grande predomínio do gênero feminino face ao masculino e a média das idades (40 anos), que é aproximada à média nacional, 36-40 anos, conforme nos mostram as estatísticas da Ordem dos Enfermeiros (2011) o que torna mais forte a possibilidade de generalizar os resultados.

Relativamente ao nº de enfermeiros generalistas da nossa amostra, destaca-se que a sua maioria eram do sexo feminino, o que não foge à média nacional, conforme nos descreve a Ordem dos enfermeiros (2011), nas estatísticas de 2000-2010, em que 25395 eram enfermeiros generalistas do sexo feminino e 5489 eram enfermeiros generalistas do sexo masculino.

Constata-se que a distribuição dos enfermeiros de reabilitação quanto ao sexo, apresenta-se próxima dos valores publicados pela Ordem dos Enfermeiros (2011), onde aproximadamente 2/3 dos profissionais desta especialidade são do gênero feminino.

Relativamente à caracterização da população dos casos em estudo, constatamos pela média dos dias de internamento, que o serviço de Medicina Física e Reabilitação é o que verifica em média um maior nº de dias de internamento nas 3 fases do estudo (97,4) enquanto o serviço de

Neurologia é o que verifica em média um menor nº dias de internamento nas 3 fases do estudo (12,87) contrariando a média em dias de internamento do Centro Hospitalar do São João que em 2013 foi apontada como 8.02 (CHSJ, 2014) sugerindo-nos um possível aumento da média de internamento em 2014.

Relativamente à amplitude de idades dos doentes em cada fase do estudo bem como a distribuição destes pelo sexo e estado civil podemos verificar que em ambas as fases e serviços estas são similares não se evidenciando diferenças suscetíveis de serem assinaladas.

Quando começamos a analisar **os dados relativos ao cuidador verificamos que alguns destes dados não são registados nos processos (6 registos nos 90 processos)**, não sendo também, a razão para o não registo evidenciada, no entanto, numa análise mais particularizada podemos observar que em alguns destes registos os utentes são solteiros e outros divorciados sugerindo-nos estes dados que eventualmente estes a viverem sozinhos não teriam a indicação de um cuidador informal ainda nesta fase de doença... Consideramos no entanto, que esta eventual razão não justifica a ausência da informação nos registos.

Outro dado interessante é que quando analisamos **os dados referentes ao cuidador e ao convivente significativo ele diverge, sendo rara a coincidência entre o convivente significativo e o cuidador**. Maioritariamente os cuidadores são os cônjuges (n=50) filhas (n=12) e as mães (n=10) seguindo-se outros familiares maioritariamente do sexo feminino. Quando analisamos **os conviventes significativos verificamos que não existem qualquer registo em 39 processos sendo o serviço de Medicina Física e Reabilitação o serviço que mais vezes não regista este dado (n=16)**, seguindo-se o serviço de Hemato-Oncologia (n=12) sendo na fase 3 onde se verifica um maior predomínio da ausência deste registo. O serviço de Neurologia é o que verifica menor ausência deste registo (n=11) sendo que na 1ª fase verificam-se (n=8) na 2ª fase (n=3) e na 3ª fase todos os processos analisados tinham referência ao convivente significativo.

No que diz respeito aos conviventes significativos eles são maioritariamente os filhos (n=21) as filhas (n=17) os netos (n=3), os cônjuges (n=2), as mães (n=2) entre outros familiares. Sugerindo-nos uma separação clara entre o papel pragmático de quem cuida e da relação afetiva entre os familiares.

Dos 90 processos analisados 76 tinham contatos telefónicos do cuidador ou familiar e apenas 26 tinham carta de transferência/alta com informação relativa à família descritas nas intervenções de enfermagem ativas, excepção para o serviço de Hemato-Oncologia que para além das intervenções tinha um breve resumo da constituição da família ou cuidador, antecedentes familiares mais relevantes relacionados com o diagnóstico do doente, referindo também os ensinamentos realizados à família.

Quando analisamos estes dados por fases podemos observar que os serviços de Hemato-Oncologia e Medicina Física e Reabilitação se mantêm constantes nesta prática de elaboração da carta de alta. No serviço de Neurologia denota-se o aumento mais expressivo passando de 2 cartas realizadas na 1ª fase, para 5 cartas realizadas (50% dos processos consultados) na 3ª fase, evidenciando-se uma maior sensibilização para a continuidade de cuidados.

No que diz respeito às intervenções de enfermagem específicas no âmbito da família o serviço de Neurologia é também aquele que mais investe/documenta passando de 50 intervenções enunciadas na 1ª fase para 165 intervenções enunciadas na 3ª fase, procurando para além de isso, acrescentar a intervenção de **“Encorajar envolvimento da família”** às duas intervenções que anteriormente já referenciava **“Facilitar suporte familiar”** e **“Facilitar envolvimento da família”**.

No serviço de Hemato-Oncologia podemos verificar um decréscimo no enunciado das intervenções específicas no âmbito da família **“Encorajar envolvimento da família”**; **“Facilitar suporte familiar”** e **“Facilitar envolvimento da família”** passando de 275 na 1ª fase para 8 intervenções enunciadas na 3ª fase, sendo que a intervenção **“Promover o envolvimento da família”** emerge apenas na 2ª fase do estudo. No entanto

verifica-se um crescente aumento no registo de intervenções dirigidas ao prestador de cuidados (n=91) na 2ª fase do estudo numa perspetiva de assegurar os cuidados de enfermagem (avaliar conhecimentos, ensinar/instruir e treinar técnica) e de apoio às expressões/emoções do prestador de cuidados (apoiar no desempenho do papel, encorajar a exprimir emoções, facilitar a expressão de dificuldades).

No serviço de Medicina Física e de Reabilitação verifica-se um decréscimo no enunciado das intervenções específicas no âmbito da família **“Encorajar envolvimento da família”**; **“Facilitar suporte familiar”** e **“Promover o envolvimento da família”** passando de 368 intervenções na 1ª fase para 225 intervenções enunciadas na 3ª fase. Verifica-se também a particularidade do enunciado da intervenção **“Facilitar envolvimento da família”** só na 1ª fase do estudo e a intervenção **“Incentivar a relação dinâmica do prestador de cuidados com a família”** só na 3ª fase do estudo. Neste serviço também se observa um aumento crescente das intervenções dirigidas para o prestador de cuidados (Ensinar, Instruir e Treinar) e (Incentivar a relação/ o assumindo o papel; Facilitar a expressão de dificuldades; Encorajar a expressão de emoções; Elogiar..., Assistir..., Planear encontro) de 198 intervenções na 1ª fase para 416 intervenções na 3ª fase.

Como é considerada a família no contexto hospitalar?

Os registos de enfermagem realizados nos três serviços dão-nos a perceção de ações que na sua maioria traduzem uma visão da família como um recurso aos cuidados de enfermagem.

Estudos desenvolvidos (Astedt-Kurki, Paavilainen, Tammentien e Paunonen-Ilmonen, 2001a; Jansson, Petersson e Uden, 2001; Hertzberg, Ekman e Axelsson, 2003; Fulbrook e Albarrán, 2005), indicam que, embora os enfermeiros afirmem que as famílias são importantes, esta crença não é sempre apoiada pelas ações que estes desenvolvem.

Conforme constatamos que a maioria dos enfermeiros percebe a interação com os membros da família como importante, já que o plano de formação no âmbito da família previa que os enfermeiros se inscrevessem voluntariamente na formação tendo uma adesão de cerca de 36% no serviço de Hemato-Oncologia e de 78% no serviço de Neurologia. As temáticas centralizadoras da interação com as famílias traduzidas pelos focos e pelas intervenções de enfermagem são: a condição do paciente, a alta hospitalar e o planeamento do tratamento continuado.

Após o processo formativo as ações dos enfermeiros que se encontram registadas continuaram a ser de suporte para com as famílias revelando maior investimento em intervenções específicas no âmbito da família (serviço de Neurologia) e de intervenções dirigidas ao prestador de cuidados sustentadas em atividades técnicas e de expressão de emoção (serviços de Hemato-Oncologia e Medicina Física e Reabilitação).

Um dado também importante que nos é dado nas entrevistas é que a família para alguns “enfermeiros” é “...*na generalidade dos doentes o cuidador* ...” sugerindo-nos a importância da representação do conceito para o desenvolvimento de um modelo conceitual e aplicativo na prática.

Como se envolve a família nos cuidados de enfermagem?

Neste estudo podemos dado observar pelo tipo de registos que a família é essencialmente vista como informante e destinatária da informação/conhecimento para continuidade de cuidados.

Após a formação no serviço de Neurologia evidência um aumento crescente de registos de intervenções específicas no âmbito da família e do número de cartas de alta, demonstrando maior sensibilização para continuidade de cuidados. Mas é de salientar que neste serviço na 3ª fase do estudo - é introduzida uma intervenção dirigida para o “Encorajar envolvimento da família” denotando uma maior sensibilidade para a presença da família nos cuidados de enfermagem.

Nos outros serviços verificamos um aumento de intervenções dirigidas para o prestador de cuidados sustentando um envolvimento da família sob uma perspectiva e ótica centrada na intervenção da família como contexto dos cuidados. Esta abordagem do enfermeiro centra-se no indivíduo como cliente de cuidado e o enfermeiro questiona a família sobre o comportamento de saúde do cliente e dá informação conhecimento sobre a situação do cliente, mas a família não passa do contexto dos cuidados (Friedman, 1989; Wright e Leahey, 1990).

Schultz (2007) refere que a assistência à família não é uma realidade em muitos hospitais, e que embora os Enfermeiros saibam o valor e o significado de cuidar a família, poucos a colocam em prática, continuando a abordagem centrada na família a ser a expressão de um ideal e não uma vivência.

Envolver a família nos cuidados não é ainda muito explícito na atividade dos enfermeiros, sendo evidentes os desafios a serem superados neste âmbito enquanto prática prevalente no contexto das instituições hospitalares.

A literatura aponta alguns condicionantes como: falta de tempo, conhecimento e habilidades para os pôr em prática, políticas institucionais e organizacionais e ausência de modelos conceptuais (Ferreira, et al., 2004; Silveira, et al., 2006; Figueiredo, 2009; Cardoso, 2010)

Apesar de vários autores (Broome, et al., 1998; Feetham, et al., 1993; Friedman, et al., 2003; Hanson e Boyd, 1996; Hanson, et al., 2005; Wright e Leahey, 2009) contribuírem para uma crescente evolução do conhecimento que contextualiza o trabalho dos enfermeiros com famílias, permanece ainda hoje uma lacuna entre os modelos teóricos e os modelos da prática (Duhamel e Dupuis, 2010).

Os discursos das entrevistas possibilitam-nos identificar algumas atividades (*reunião com os familiares, entrevista familiar estruturada, construção de genograma e ecomapa, ensino estruturado*) que são realizadas ao nível da avaliação e da própria intervenção com as famílias que não são registadas por algumas dificuldades que se prendem com o suporte informático subjacente aos registos de enfermagem.

Em que medida a área de atuação (contexto profissional) influencia o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem?

A abordagem sistémica do cuidado à família apresenta-se como um modo de pensar e agir que caracteriza o modo de estar do enfermeiro em interação com as famílias no processo de cuidar não dependendo unicamente do contexto de atuação embora as condições institucionais e organizacionais condicionem favoravelmente ou desfavoravelmente este desiderato.

Os contextos, enquanto ambiente, influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um e pelas singularidades no coletivo, que se articulam e promovem aprendizagens ao longo da vida. Desta forma, a aprendizagem experiencial é por natureza interactiva e de interacção intra-pessoal, da pessoa consigo própria e da interacção com a realidade exterior e as pessoas que a rodeiam (Alarcão, 2000).

A formação emerge como uma das respostas às mudanças a gerir. No entanto, alguns autores consideram que para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista intencionalidade por parte dos atores nas situações de trabalho, ou seja, que a interação com essa situação faça sentido.

Por essa razão no plano de formação em serviço foi condição o enfermeiro voluntariar-se para a frequência da mesma.

Como se pode comprovar pelos resultados não existem diferenças significativas sociodemográficas nos enfermeiros participantes dos estudos e na população de doentes que integravam os diferentes estudos tornando-se impossível encontrarmos relações que possam justificar estas variáveis como influenciantes.

Nos três serviços em estudo podemos constatar semelhanças na tipologia dos registos efetuados dando primazia à condição do cliente, (focos enunciados ver anexo IV). Na 2ª fase quando está a decorrer a formação podemos observar que no serviço de Hemato-Oncologia o foco de enfermagem de “papel do prestador de cuidados emerge de forma clara

desaparecendo posteriormente à formação. No entanto após a formação, 3ª fase, podemos constatar o emergir de um enunciado de foco de atenção antes não referenciado “Suporte”, que segundo (Ordem dos Enfermeiros, 2000, p.65) define-o como sendo um " *tipo de interação social com as seguintes características específicas: ações de promoção do bem-estar das pessoas; oferecer ajuda, assistência fiável, confiança, tempo de contato, trabalho ou bens materiais*", levando-nos assim a crer que a equipe de enfermagem está mais sensível às questões de apoio para além da condição do doente.

No serviço de Medicina Física e Reabilitação que não foi sujeito ao plano de formação, mas é o serviço que tem todos os enfermeiros com especialidade de Reabilitação, sendo que destes 3 possuem mestrado, verifica-se uma situação similar, no entanto, a questão do enunciado foco de prestador de cuidados mantêm-se e tem vindo a aumentar traduzindo uma preocupação constante nestes enfermeiros que é promover uma transição do doente para o domicílio sem dificuldades. Coincidentemente também neste serviço emerge o foco suporte recentemente, evidenciando uma preocupação com a manutenção das condições do doente e do prestador de cuidados.

Relativamente às intervenções denota-se no serviço de Hemato-Oncologia um decréscimo dos registos de intervenções específicas no âmbito da família, sendo esse decréscimo mais acentuado na 3ª fase do estudo o que nos leva a crer existir alguma dificuldade de implementação de um modelo dirigido para abordagem da família de forma sistémica.

No serviço de Neurologia na 2ª fase, verifica-se um aumento no enunciado do foco “sofrimento” enquanto decorria a formação, mantendo-se o enunciado desse registo. Não se observa o emergir de novos focos/diagnósticos de enfermagem. Quanto às intervenções verifica-se neste serviço um aumento crescente das intervenções específicas no âmbito da família, exceção para a intervenção “**Facilitar o envolvimento da família**” que diminui o seu registo na 3ª fase. Na 3ª fase por sua vez emerge uma Intervenção que antes não era registada “**Encorajar o envolvimento da família**” que nos evidencia que alguns meses após a

formação esta equipe mantém-se sensível à abordagem da família procurando encorajá-la a envolver-se nos cuidados de enfermagem. De salientar que estas intervenções específicas em todos os serviços estudados não estão associados a um foco/diagnóstico de enfermagem dirigido à família mas integradas em outros focos/diagnósticos que expressam a condição do doente, a preparação para a alta e/ou a continuidade de cuidados. O que nos leva a pensar que a abordagem à família enquanto cliente ainda é uma dificuldade para a equipe de enfermagem optando por uma abordagem da família como contexto envolvendo-a nos cuidados. Também é verdade que o modelo de Calgary sustentado na formação envolve forças e problemas da família em vez de diagnósticos. Este modelo não indica que os enfermeiros não devam utilizar diagnósticos de enfermagem mas as autoras consideram que o facto de não terem recorrido aos diagnósticos é “... sustentado pela rigidez e pela não inclusão de questões éticas e culturais” (Wright e Leahey, 2002, p.19) considerando no entanto que os problemas das famílias identificados são susceptíveis de intervenção por parte dos enfermeiros.

Os dados das entrevistas também nos sugerem que os objetivos dos serviços são delimitadoras das ações dos enfermeiros “*o intuito do meu serviço é capacitar o cuidador...*” caracterizando as intervenções próprias dos enfermeiros num dado contexto. Isto evidencia-se no serviço de Medicina Física de Reabilitação onde as intervenções dos enfermeiros estão focadas no objetivo de capacitar o cuidador.

A formação dos enfermeiros influencia o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem?

O desenho deste estudo teve em consideração que a formação influencia as ações dos enfermeiros e como se pode verificar pelos resultados para a globalidade dos profissionais estudados, usufruir de formação em enfermagem de família revelou-se influenciador de ações/intervenções promotoras da integração das famílias nos cuidados por parte dos enfermeiros.

Os resultados obtidos permitem afirmar que as características profissionais, nomeadamente o tempo de experiência e o grau académico, não influenciam a atitude do enfermeiro nos registos de enfermagem, ressalva-se que o enfermeiro de reabilitação abrange necessariamente a informação, a orientação e a capacitação dos doentes e familiares na doença, na reabilitação, na readaptação e na reinserção familiar, social e laboral (Hesbeen,2001), pelo que é impensável a sua atividade sem a família, fazendo assim os registos de enfermagem mais ricos em intervenção da família.

Salientamos ainda que nos três serviços em estudo, a estratégia de ensino utilizada para a formação no âmbito da família foi diferente. Os enfermeiros do serviço de Neurologia (78%), participaram na formação em sessões presenciais com uma duração de 2,5h num total de 40h. Para facilitar a presença de todos os enfermeiros do serviço, foram planeadas 2 sessões em dias diferentes com o mesmo conteúdo. Os enfermeiros do serviço de Hemato-Oncologia (36%) participaram na formação via e-learning com os mesmos conteúdos das sessões presenciais num total de 40h.

Os enfermeiros do serviço de Medicina Física de Reabilitação, não participaram no plano de formação em serviço no âmbito da família. Estes enfermeiros têm a particularidade de todos possuírem a especialidade em enfermagem de reabilitação e de no decurso curricular da especialidade lhes serem ministrados conteúdos de suporte à aquisição de competências que visam o trabalho conjunto com a família.

É importante referir que a opção pela estratégia de ensino e-learning se sustentou no facto de 74% dos Enfermeiros da instituição em estudo dominarem vários meios tecnológicos, e quando questionados sobre o interesse em participar em ações de formação com recurso ao ensino à distância, 70% manifestaram essa disponibilidade. No final da formação a avaliação feita pelos formandos (anexo V), no ensino e-learning, situa-se maioritariamente na satisfação média, nos temas: (correspondência do conteúdo da ação às expectativas criadas, interesse dos temas, utilidade dos conhecimentos adquiridos, condução a novos procedimentos e mudança

de comportamentos, documentação distribuída, transposição dos temas para a prática) e satisfação - bom, nos temas: (adequação do tempo das ações aos objetivos, relacionamento com os formandos, captação da atenção e motivação dos participantes, capacidade de animação do grupo, importância dada às intervenções e discussões, profundidade de análise dos temas).

A avaliação feita pelos enfermeiros do serviço de Neurologia sobre a formação incide maioritariamente no muito bom, nos temas (clareza da exposição, relacionamento com os formandos, captação da atenção e motivação dos participantes, capacidade de animação do grupo, importância dada às intervenções e discussões, transposição dos temas para a prática, poder de síntese e apresentação de conclusões, assiduidade e pontualidade do (s) formador (es)) e no bom, nos temas (correspondência do conteúdo da ação às expectativas criadas, interesse dos temas tratados, utilidade dos conhecimentos adquiridos, condução a novos procedimentos e mudança de comportamento, adequação da duração da ação aos objetivos, documentação distribuída, tratamento do tema de acordo com as expectativas, profundidade de análise dos temas).

Esta formação procurou com os conteúdos favorecer uma aprendizagem baseada na experiência, proporcionando situações nas quais os enfermeiros foram convidados a pensar sobre os acontecimentos que vivenciam e estão na origem de posteriores alterações de comportamentos e atitudes. A possibilidade atribuída aos enfermeiros de falarem sobre as suas experiências permitiu obter diferentes graus de envolvimento dos indivíduos. Foram descritos problemas com os quais os profissionais se confrontavam nos seus quotidianos, dúvidas que surgiam sobre como envolver a família no desenvolvimento de tarefas que geram reflexão na ação e sobre a ação.

Apesar da estratégia de formação ser diferente nos dois serviços estudados as oportunidades foram as mesmas, mas é também verdade, que o envolvimento dos enfermeiros na formação foi diferente, como nos é dado observar, pelos resultados da avaliação da formação. Como já

referimos anteriormente a subjetividade de cada um e as singularidades no coletivo influenciam a aprendizagem.

Relativamente aos registos de intervenções específicas no âmbito da família, no serviço de Hemato-Oncologia, estes são superiores na fase anterior à formação (1ª fase) decrescendo na fase imediata à formação e na fase posterior à formação (3ª fase) confirmando que para eles a utilidade dos conhecimentos adquiridos não é relevante, sendo por essa razão dificultador a mudança de procedimentos e comportamentos nos temas relacionados com a família.

É de salientar que o serviço de Neurologia onde as intervenções específicas no âmbito de família se mantêm em crescendo mesmo após o término da formação na 3ª fase do estudo, levando-nos a pensar que a formação presencial surtiu maior sensibilização nos enfermeiros. Outro dado importante, é também, o número de enfermeiros que frequentou a formação por iniciativa própria (78%) o que de alguma forma demonstra um interesse e pré-disposição para a aprendizagem e integração do conhecimento adquirido na prática.

Por sua vez, o serviço de Medicina Física e Reabilitação que não foi sujeito ao plano de formação em serviço no âmbito da família tem maior número de intervenções específicas dirigidas para família oscilando o seu registo nas diferentes fases. Salienta-se também as intervenções dirigidas para o prestador de cuidados no âmbito do ensinar/instruir/treinar técnicas e/ou cuidados específicos promovendo uma transição para o domicílio sem dificuldades. Esta continuidade nos registos relativos à família ou prestador de cuidados, certamente que se relaciona com os objetivos próprios do serviço, que visa, promover a autonomia dos clientes tratando-os imediatamente após a alta da fase aguda do internamento até à sua integração no domicílio, mas também, com as competências específicas obtidas no percurso académico, onde estes especialistas são ensinados a trabalhar a família e com a família, pois esta é o suporte destes enfermeiros e como nos diz Martins (2002, p. 98) “(...) *reabilitar um deficiente sem envolver a família será criar, no futuro, uma barreira no entendimento do viver em conjunto. Não basta ensinar o deficiente a ser*

independente, quando a família vai dificultar essa independência e reforçar a dependência”. Reconhecer que a família afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afeta toda a família, faz parte dos conteúdos formativos da especialidade de reabilitação e sem dúvida do saber quotidiano destes profissionais.

Denota-se a preocupação dos enfermeiros em fazer o registo do cuidador, bem como de fazer o registo do contacto telefónico, embora no nosso estudo detectamos que faltaram 14 registos telefónicos que não conseguimos perceber o porquê da inexistência, se por falta de contacto telefónico do cuidador, por esquecimento, ou outro motivo que nos foi alheio e que não foi possível perceber nos processos clínicos. O perfil dos cuidadores é predominantemente do sexo feminino, cônjuges ou filhas, maioritariamente casados, similar ao descrito por Sequeira (2007).

Verificamos que os registos relativos à caracterização do cuidador são escassos não reportando a sua profissão ou até mesmo a idade, impossibilitando dessa forma o desenho de um perfil mais próximo da realidade que permita inclusive antever algumas das suas dificuldades ou eventuais sobrecargas (Ferreira, 2014). Esta ausência de informação denota por vezes uma falta de preocupação por parte dos enfermeiros em contexto de internamento com ações dirigidas para a promoção da saúde, já que os registos completos permitem uma visão abrangente do contexto e a antevisão de ações/intervenções de enfermagem, evitando-se riscos ou complicações.

Também nos levam a equacionar algumas inconsistências, entre a perceção dos enfermeiros sobre os cuidados que prestam e aquilo que efetivamente documentam (Hesbeen, 2001).

Os registos assumem uma enorme importância, de modo, que a documentação realizada demonstre as repercussões positivas ou negativas dos cuidados de enfermagem sobre o estado de saúde do indivíduo (Cunha, et al., 2007).

Para Cartaxeiro, et al. (2003) os registos são muito importantes uma vez que, cooperam para o desenvolvimento da profissão certificando a vertente científica, impulsionam a autonomia profissional, descrevem o

nível de intervenção dos profissionais, reproduzem e explicam o desempenho profissional contextualizando situações concretas. Devendo por isso ser rigorosos, completos e elaborados corretamente, porque são a prova escrita das práticas de enfermagem. São os registos de enfermagem que dão distinção ao seu trabalho, fortalecendo a sua autonomia e responsabilidade profissional (Dias, et al., 2001).

Os registos de enfermagem confirmam todo o ato de cuidar (Pereira, 2005).

A prática do dia-a-dia nos registos dos enfermeiros

Foi possível compreender que na opinião geral dos enfermeiros dos serviços em estudo, o S´clínico tem limitações em algumas áreas, impossibilitando a realização dos registos de enfermagem da forma mais adequada e pertinente. Nesta área específica da família as dificuldades apontadas por alguns dos participantes centram-se na linguagem redutora, impossibilitando o registo de atividades dirigidas à família; a ausência de distinção entre prestador de cuidados, familiar e outro possível alvo de atenção e a impossibilidade de avaliação eficaz das atividades desenvolvidas com a família reduzidas a juízos de adquirido/não adquirido.

Efetivamente são-nos referidas atividades que são desenvolvidas para as famílias que não são registadas levando-nos a refletir na importância dos desenhos das plataformas de registo que devem estar direcionados para a prática de cuidados. É verdade, que quando se fala em família se pensa na comunidade e no ciclo vital da mesma. Mas é também verdade, que na comunidade estamos centrados na promoção da saúde enquanto no hospital, quando abordamos a família estamos num momento de crise em que um dos seus membros enfrenta pela primeira vez um diagnóstico ou re-agudizações de um processo de doença estabelecido. Esta abordagem à família reveste-se de grande importância porque a introduz no processo de doença explorando os seus medos, capacitando-a para um papel de apoio emocional e de suporte aos cuidados e principalmente porque favorece a readaptação a uma nova condição. É de facto no hospital

que o enfermeiro adquiere proximidade com a família, dando visibilidade às suas intervenções que não se limitam ao domínio da condição do doente. Razão pela qual consideramos de suma importância repensar a conceção de cuidados, os modelos teóricos e os modelos em uso por forma a adequar os registos neste âmbito. Esclarecer o alvo de cuidados para além do doente (prestador de cuidados/família/convivente significativo), as intervenções específicas no âmbito (avaliação/cuidados a prestar) e as avaliações das atividades desenvolvidas e/ou a desenvolver. Só assim, é que a enfermagem de família em contexto hospitalar terá a visibilidade no seio dos seus pares e dos restantes membros da equipe multidisciplinar admitindo que o doente e família também fazem parte desta equipe.

Também não nos podemos furtar ao facto de que os recursos humanos são uma “pedra fundamental” em todo o processo de mudança e/ou implementação de modelos de cuidados. Sendo por isso necessário, continuar a apostar na formação dirigida não para os conhecimentos, mas para a reflexão das práticas, promovendo a readaptação das ferramentas e de intervenções específicas de acordo com as necessidades detectadas.

PARTE IV - CONCLUSÕES

CONCLUSÃO

Concluir um trabalho cria sem dúvida alguma dualidade de sentimentos.

Por um lado fica a sensação agradável de missão terminada e cumprida, de objetivo atingido, por outro, a consciência de que ainda existe muito por fazer, e que esta conclusão não é mais do que o começo de um longo percurso que se pretende proveitoso.

Começando pelo tema escolhido, pensamos que ele continua cada vez mais pertinente, tendo em conta o envelhecimento progressivo da população e o aumento das doenças crónicas que se traduz, também, no aumento exponencial de pessoas com incapacidades funcionais e cognitivas, tornando-as dependentes no contexto familiar. Esta situação repercute-se num forte impacto no sistema de saúde, em particular nos serviços de internamento hospitalar, nas famílias e na sociedade.

Assim, apesar das muitas obrigações e das múltiplas responsabilidades que caracterizam a vida das famílias, estas são muitas vezes confrontadas com a função de *cuidar* do seu membro dependente, causando esta situação grande impacto na própria família.

Sendo o enfermeiro, no hospital, um elemento privilegiado na equipa multidisciplinar deverá acolher o doente e envolver a família, no processo de tratamento e reabilitação, garantindo, assim, a continuidade de cuidados.

O contributo dos enfermeiros no processo de adaptação da família, em meio hospitalar, bem como na dotação de conhecimentos e capacidades do cuidador/familiar/convivente significativo e na preparação do regresso a casa, assume um papel central numa perspetiva de continuidade de cuidados.

Para tal, temos a certeza que a presença constante da família durante o internamento hospitalar é essencial, uma vez que além de facilitar a recuperação do doente e tornar o ambiente hospitalar mais

aconchegante, a família viabiliza a prestação de cuidados mais individualizados e qualificados, estreitando as relações da tríade, enfermeiro-doente-família, tornando as ações mais eficazes. Como nos diz Cerqueira (2005, p.30) *“havendo uma parceria doente/família/equipas de saúde, consegue-se que haja humanização dos cuidados de saúde”*.

Este estudo procurou conhecer, através dos registos de enfermagem, como os enfermeiros especialistas de reabilitação e os enfermeiros generalistas envolvem a família nos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar. Conclui-se que existem dificuldades nos diferentes contextos estudados no que diz respeito ao documentar as ações/intervenções dirigidas à família.

As dificuldades resultam principalmente do suporte informático subjacente aos registos de enfermagem que segundo os participantes é limitador dos mesmos. No entanto também salientam fatores associados aos recursos humanos (escassez, formação e sobrecarga de trabalho) que afetam também a qualidade dos registos.

Os objetivos do serviço também são um fator condicionante das ações/intervenções dos enfermeiros dirigindo/restringindo-os para a especificidade, centrando o seu foco de atenção no prestador de cuidados.

A representação de família por parte dos enfermeiros é outro factor condicionante dos registos pois é nos evidenciado que para alguns a família restringe-se ao prestador de cuidados e que a família é tida apenas como recurso e fonte de informação.

Relativamente à perspectiva dos enfermeiros generalistas e especialistas de enfermagem de Reabilitação do envolvimento da família nos cuidados é-nos evidenciado um número maior de intervenções registadas no serviço de Medicina Física e Reabilitação onde todos os enfermeiros do serviço são especialistas. Este facto aparentemente relaciona-se com os objetivos do serviço que visam capacitar o cuidador e com o facto de neste serviço na generalidade dos casos o cuidador “ser família”.

Também podemos dizer que o especial envolvimento com famílias por parte do especialista de reabilitação pode ser compreendido na

perspectiva de Hoeman (2000, p. 20) que o denomina de agente de mudança, *“(...) que concede ao doente e família as faculdades de conhecimento, conceção e avaliação das opções, de planeamento conjunto das estratégias de resolução de problemas e dos comportamentos a adotar para alcançar resultados”*. O enfermeiro de reabilitação interioriza o papel de agente facilitador da transição doença/saúde, num trabalho de plena parceria e colaboração com a família.

Quanto à formação, o estudo evidencia, que a formação presencial foi promotora de maior estabilidade das ações no tempo e que a formação e-learning, foi promotora de inclusão de informação relevante (constituição da família ou cuidador, antecedentes familiares mais relevantes relacionados com o diagnóstico do doente e os ensinamentos realizados), na ferramenta mais significativa para a continuidade de cuidados “a carta de alta”.

Comparativamente no serviço de Neurologia ao longo das três fases do estudo registou um nº crescente de intervenções dirigidas para a família. Atribuímos este facto à estratégia de ensino presencial que certamente possibilitou uma reflexão mais personalizada e motivadora de mudanças de comportamento na prática, relacionadas com a integração/envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, mas e também ao facto dos enfermeiros acorrerem em maior número à formação o que certamente demonstra uma disponibilidade e interesse na temática promotora de ações integradoras de novo conhecimento e de mudança.

Todos os enfermeiros são sensíveis ao tema do envolvimento da família nos cuidados, no entanto, entre o discurso e a ação, existe ainda um longo percurso a fazer-se...

As conclusões que se retiram deste estudo assumem-se úteis e importantes para a enfermagem, traduzindo o quanto é importante avaliarmos ações de formação e outras ações por forma a possibilitar conhecermos os resultados da mesma. No âmbito da enfermagem de família mais ações e com estratégias diversificadas devem ser desenvolvidas em contexto hospitalar de modo a tornar uma realidade o envolvimento da família nos cuidados. Também se demonstra a importância de fazermos a

avaliação dos registos que efetuamos, para refletirmos sobre a incongruência destes com a prática desenvolvida e de aspetos a melhorar, por forma, a que estes sejam tradutores de uma prática cada vez mais competente e eficaz.

As conclusões deste estudo também se repercutem na **enfermagem de reabilitação traduzindo nas ações/intervenções de enfermagem uma crescente preocupação com o envolvimento da família nos cuidados salientando para além das reconhecidas competências técnicas a vertente humanista e holística dos cuidados.**

Ressalvamos que ao longo deste trabalho a inexperiência, as indecisões e as limitações de tempo foram colmatadas por uma preciosa orientação que serviu também como incitadora e estimulante de todo este projeto.

Um outro ponto positivo refere-se à instituição hospitalar onde se realizou o estudo, que foi muito acessível e rápida a dar resposta às formalidades referentes à autorização para implementar o estudo e mesmo antes desta autorização todos os profissionais envolvidos no processo de autorização, diretores de serviço, enfermeiros chefes, RAI, etc., sempre se mostraram disponíveis para ajudar a desenvolver o projeto.

Como sugestão de futuro, porque nos ficou a inquietação, sugerimos que seja realizado um estudo mais abrangente que confronte os enfermeiros com os registos de enfermagem que produzem, tentando perceber como estes integram os resultados e que razões apontam para as diferenças entre os cuidados que praticam e os registos que produzem.

PARTE V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, L. 2000. *Escola reflexiva e supervisão. Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem.* Porto : Porto editora, 2000.

ALARCÃO, M. 2006. *(Des) Equilíbrios família: Uma visão sistémica.* 3ª edição. Coimbra : Quarteto, 2006.

AIMEIDA, M. 2005. *Quando dois se tornam três: reflexões acerca da formação de uma nova família a partir do impacto do nascimento do primeiro filho.* Rio Janeiro : PUC, 2005.

ANDRADE, O,G, MARCON, S,S e SILVA, D,M,P. 1997. Rev Gaúch Enfermagem. *Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar.* JULHO de 1997, Vol. 18, pp. 123-132.

ARAÚJO, Isabel, PAUL, Constança e MARTINS, Manuela. 2010. Cuidar no paradigma desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência.* III, Dezembro de 2010, Vol. II, pp. 45-53.

ARAÚJO, Odete. 2009. Sinais Vitais. *Idosos Dependentes: impacte positivo do cuidar na perspectiva da família.* Setembro de 2009, Vol. nº86, pp. 25-30.

ASTED-Kurki, Tammentie & PAUNONEN-Ilmonen. 2001. *Interaction between Family Members and Health Care Providers in an Acute Care Setting in Finland.* s.l. : Journal of family nursing, 2001. pp. 371-390.

AUGUSTO, B. et al. 2002. *Cuidado continuados - Família, Centro Saúde e Hospital como parceiros no cuidar.* Coimbra : Formasau, 2002.

BAIA, Patricia. 2010. Doente com AVC: Dificuldades da família. *Faculdade de Ciências da Saúde Porto.* [Online] 2010. [Citação: 20 de Dezembro de

2014.]

https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1851/3/MONO_16599.pdf.

BENZEIN, E., et al. 2008. Nurses' attitudes towards families' importance in nursing care: a random sample survey. 2008, Vol. Vol. 14, pp. 162-180.

BODGAN, Robert e BILKEN, Sari. 1994. *Investigação qualitativa em educação*. Coleção Ciências da educação. Porto : Porto editora, 1994.

BOEHS, A. E. 2004. O sistema profissional de cuidado e a família: os movimentos de aproximação e distanciamento. 2ª *O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença*. Maringá : EDUAM, 2004. pp. 217-231.

BRIDGES, W. 2004. *Transitions: Making sense of life's changes*. Cambridge : Da Capo Press, 2004.

CAETANO, E. 2002. *O internamento em hospitais*. Lisboa : Edições Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CARDOSO, Ana Cristina de Almeida. 2010. *Experiência dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. [Dissertação de Mestrado] Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto., 2010. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt>.

CARTAXEIRO, A, et al. 2003. A importância da colheita de dados e registos de enfermagem. *Revista Informar*. nº30, Jan/Ago de 2003.

CARTER, B e MCGOLDRICK, M. 2001. *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª edição. Porto Alegre : Artmed, 2001.

CERQUEIRA, M. 2005. *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra : Formasau, 2005.

CHSJ. [Http://portal-chsj.min-saúde.pt/pages/563](http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/563). [Online] [Citação: 16 de Dezembro de 2014.] <http://portal-chsj.min-saude.pt>.

COSTA, M. 2006. *Cuidar idosos, formação, práticas e competências dos enfermeiros.* 2ª Edição. Coimbra : Formasau, 2006. pp. 15-38.

Coutinho, Clara e Chaves, José. 2002. Revista Portuguesa de educação. *O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal.* 2002, pp. 221-243.

CUNHA, A e MOTA, L. 2007. *Sistema de apoio à prática de enfermagem - Guia prático.* Lisboa : Lusociência, 2007.

CUNHA, M.J.R. 2003. *O papel do acompanhante do adulto internado.* Porto: Universidade do Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2003.

CUNHA, P e SILVA, P. 2010. *Resolução de conflitos em contexto de intervenção social: análise em centros distritais de solidariedade e segurança social do norte de Portugal.* Universidade do Minho : s.n., 2010.

DESCHAMPS, C. 1993. *L'approche phénoménologique en recherche.* Montréal : Guérin éditeur, 1993. p. 18.

DIAS, A, et al. 2001. Registos de enfermagem. *Revista Servir.* nº49, 2001, pp. 267-271.

DIBAI, M. e CADE, N. 2009. A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. Jan- Mar de 2009, Vols. Vol. 17, n.º 1, pp. 86-100.

DUHAMEL, F, DUPUIS e F. & GIRARD, F. 2010. Launching a center of excellence in family nursing, university of Montrel. 2010, pp. 124-125.

ELSEN, I, et al. 2009. Cienc. Cuid. Saúde. *O cuidados profissional às famílias que vivem a doença crónica em seu cotidiano.* 2009, Vol. 8, pp. 11-22.

ENFERMEIROS, Ordem. 2011. *Dados estatísticos 2000- 2010.* 2011.

- . **2011.** *Classificação Internacional para a prática de enfermagem, versão 2011.* Lisboa : Ordem Enfermeiros, 2011.
 - . **2010.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0.* Lisboa : Ordem Enfermeiros, 2010.
 - . **2005.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0.* Lisboa : Ordem Enfermeiros, 2005.
 - . **2003.** Divulgar. *Competências do enfermeiro de cuidados.* Lisboa : Ordem Enfermeiros, 2003.
 - . **2002.** Divulgar. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.* Lisboa : Ordem enfermeiros, 2002.
 - . **2002.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2002.
 - . **2010.** Regulamento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa : Ordem Enfermeiros, 2010.
 - . **2010.** Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa : Ordem Enfermeiros, 2010.
 - . **1998.** Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *REPE.* Lisboa : Ordem Enfermeiros, 1998.
- FARRELL, M., JOSEPH, D. e SCHWARTZ-BARCOTT, D. 2005.** Nursing Forum. *Visiting hours in the ICU: Finding the balance among patient, visitor and staff needs.* Jan - Març, 2005, Vols. 40, nº1, pp. 18-29.
- FERNANDES, C. et al. 2014.** *Ensinar o modelo de Calgary de avaliação e intervenção de enfermagem na família através de um jogo.* Vila Real : UTAD, 2014. pp. 45-52.

FERNANDES, Margarida C e al, et. 2002. *Revista Sinais Vitais. Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC.* nº43, Julho de 2002, pp. 31-35.

FERREIRA, Amélia. 2014. *Ser cuidador da pessoa com a doença avançada em contexto comunitário.* Porto : Faculdade Medicina Porto, 2014.

FERREIRA, Manuela M. e Costa, Maria F. 2004. Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebê pré-termo. *Millenium - Revista do IPV.* nº30, 2004.

FIGUEIREDO, H. 2009. *Enfermagem de família:Um contexto do cuidar.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta. 2009. *Enfermagem de família:um contexto do cuidar.* [Tese de doutoramento] Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20569>.

FILIPINI, R.et al. 2006. *Arquivos médicos ABC. Relacionamento enfermeiro, paciente e família:factores comportamentais associados à qualidade da assistência.* 2006.

FORTIN, M. 1996. *O Processo de Investigação da concepção à realização.* Loures : Lusociência, 1996.

FREITAS, Carlos. 2013. *Ordem enfermeiros. A ética na Enfermagem.* Junho de 2013, p. 3.

FRIEDMAN, Marilyn. 1997. *Family nursing: Research theory and practice.* Califórnia : Prentice hall, 1997.

FULBROOK, P, ALBARRAM, J,W e LATOUR, J,M. 2005. *A european survey of critical care nurses attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation.* s.l. : Nurs Stud, 2005.

GALINHA, F. 2009. *Mediar para cuidar: o enfermeiro no serviço de urgência como preventor e gestor de conflitos com a família do utente;*

contributos das técnicas de mediação familiar. *Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para a obtenção de grau de mestre em ciências da família*. 2009.

GILLISS, C.,HIGHLEY,B.,ROBERTS,B.& MARTINSON,I. 1989. *Toward a Science of family nursing*. Menlo Park: Addison-Wesley : s.n., 1989.

GIORGI, A. & SOUSA, D. 2010. *Comportamento organizacional- Método fenomenológico de investigação em psicologia*. Lisboa : Fim de Século, 2010.

GOMES, Bárbara. 2008. *A enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Porto : Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2008.

GONÇALVES, C.M e Coimbra, J.L. 2003. *Significados construídos em torno da experiência profissional trabalho*. Porto : Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, 2003. pp. 28-29, Actas do IV Congresso Internacional de Portugal.

HERTZBERG, A e ELKMAN, S. 2003. *relatives are a resource, but... registered nurses views and experiences of relatives of residents in nursing homes*. s.l. : Journal of clinical nursing, 2003.

HESBEEN. 2001. *Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures : Lusociência, 2001.

HESBEEN, W. 2003. *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures : Lusociência, 2003.

HOEMAN, Shirley P. 2000. *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Edição. Loures : Lusociência, 2000.

ICN. 2002. *Nurses always there for you: caring for families. Information and action toolkit*. Geneva : s.n., 2002.

IMAGINÁRIO, E.M.I. 2004. *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador familiar.* Coimbra : Formasau, 2004. p. 64.

INABA, L.C, SILVA, M.J.P e TELLES, S.C.R. 2005. Rev. Esc. Enferm. USP. *Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem.* 4, 2005, Vol. 29, pp. 423-429.

INE. 2013. *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança.* Lisboa : INE, 2013.

INFOPÉDIA. 2003-2014. Hospitalização in Infopédia. *Infopédia.* [Online] Porto editora, 2003-2014. [Citação: 04 de 05 de 2014.] <http://WWW.infopedia.pt/lingua-portuguesa/hospitaliza%C3%A7%C3%A3o>.

JASSON, A e PETERSSON, K, UNDEN,G. 2001. *Nurses first encounters with parents of new- born children-public health nurses views of a good meeting.* s.l. : Clin nurs, 2001.

JESUS, C.S.J.,Silva,C.M.R.S. 2005. Alta Clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Sinais Vitais.* 59, 2005, pp. 25-28.

KRALIK, D., VISENTIN, K. e LOO, A. 2006. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursin.* 2006, Vols. 55, nº3, pp. 320-329.

LESSARD-Hébert, Michelle, GOYETTE, Gabriel e BOUTIN, Gérald. 1994. *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas.* Lisboa : Instituto Piaget, 1994.

MADUREIRA, M.,. 2012. *Cuidar do Cuidador Informal da Pessoa em Situação Terminal.* In: *Investigação qualitativa em cuidados paliativos.* Lisboa : Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012. pp. 147-167.

MARTINS, J.C. 2008. Investigação em enfermagem- Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem.* 2008, Vol. 12 (2).

MARTINS, Maria Manuela. 2002. *Uma crise accidental na família: O doente com AVC.* Coimbra : Formasau, 2002.

MARTINS, T. 2006. *AVC: Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cidadãos.* Coimbra : Formasau, 2006.

MARUITI, Marina, R e GALDEANO, Luzia. 2008. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. *Scielo*. [Online] 2008. [Citação: 3 de março de 2014.] http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000400016&SCRIPT=SCI_abstract&ting=pt.

MELEIS, A. 2010. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York : Springer, 2010.

MELEIS, A, et al. 2000. Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. *Nursing Science*. 23 (1), 2000, pp. 12-28.

MELEIS, A.I. 2007. *Theoretical Nursing: development and progress.* 4ª Edição. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins, 2007.

MENDONÇA, Francisco, MARTINEZ, M^a da Assunção e RODRIGUES, Milheiras. 2000. *Revista Geritria. Avaliação das necessidades dos prestadores informais de cuidados de saúde.* n.127, Outubro de 2000, Vol. XIII, pp. 33-49.

MONIZ, J.M. 2003. *A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa.* Loures : Lusociência, 2003.

OMS. 1988. *Aprender ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé.* Genève : s.n., 1988.

PEREIRA, S. 2005. A importância dos registos de enfermagem. *Revista sinais vitais*. 62, 2005, pp. 58-61.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares. 2008. *A Transição da Família para o Exercício do Papel de cuidadora.* Lisboa : Trabalho apresentado no seminário de Enfermagem Avançada, 2008.

POLIT, D. F. e HUNGLER, B. P. 2000. *Investigacion cientifica en ciencias de la salud*. 6ª Edição. México : McGraw-Hill, 2000.

PONTE, João, Pedro. 1994. *O estudo de caso na investigação em educação matemática*. 1ª. Lisboa : Quadrante, 1994. pp. 3-17. Vol. III.

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde. 2000. Circular Normativa nº4 Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados. Lisboa : s.n., 2000.

PORTUGUESA, DICIONÁRIO LINGUA. 2003. 8ª s.l. : Porto editora, 2003.

POZEBOM, Nildete Vargas. 2009. A comunicação entre a equipa de enfermagem e os familiares de pacientes hospitalizados: a visão dos agentes envolvidos. [Online] 2009. [Citação: 3 de Março de 2014.] <http://www.hdl.handle.net/10183/24329>.

PUNCH, Keith. 1998. *Introdution to Social Research: Quantitative e qualitative approaches*. London : Sage publications, 1998.

QUEIROZ, A.A. 2009. Revista Sinais Vitais. *Enfermeiros e Familia: abordagem sobre a enfermagem da familia e o enfermeiro (de saúde)da familia*. 2009, Vol. 85, pp. 11-20.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. 2003. *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª Edição. Lisboa : Gradiva, 2003.

RELVAS, A.P. 2006. *O ciclo vital da familia - Perspectiva sistémica*. 4ª Edição. Porto : Edições Afrontamento, 2006.

RENAUD, Isabel. 2010. Pensar Enfermagem. *O cuidado em enfermagem*. nº1, 1º Semestre de 2010, Vol. 14, p. 5.

RESTA, Darrielli Gindri e BUDÓ, Maria de Lourdes. 2004. *A cultura e as formas de cuidar em familia na visão dos pacientes e de cuidadores domiciliares*. [Online] 2004. [Citação: 3 de Março de 2014.] <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1617/1058>.

RIBEIRO, J.L. 1999. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde.* Lisboa : Climepsi Editores, 1999.

S., HANSON. 2005. *Enfermagem de cuidados de saúde á família, teoria, prática e investigação.* 2^a. Loures : Lusociência, 2005.

SADALA, M. L. 2004. II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos. [Online] 2004. [Citação: 5 de Maio de 2014.] <http://www.sepq.org.br/IIsepeq/anais/pdf/gt1/12.pdf>.

SANTOS, J. 2007. *Para-Suicidio - O que dizem as famílias: A emoção expressa.* Coimbra : Formasau, 2007. pp. 75-82.

SÁUDE, Ministério da Saúde Brasil: Secretaria de Políticas de. 2001. *Violência Intrafamiliar- Orientações para a prática em serviço.* nº 8, Cadernos de atenção básica *Normas e Manuais técnicos.* Brasília : Ministérios da Saúde, 2001.

SCHULTZ, Lidianne Ferreira. 2007. A família vivenciando a doença e hospitalização da criança - protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho. *Universidade de Guarulhos.* [Online] 2007. [Citação: 16 de Março de 2013.] http://tede.ung.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=35.

SEQUEIRA, C. 2007. *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família.* Porto : Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.

SILVA, Maria Júlia. 2002. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. [Online] 2002. [Citação: 3 de Março de 2014.] http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/Article/215.

SILVEIRA, Aline e ANGELO, Margareth. 2006. *A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança.* s.l. : Revista latino Americana em Enfermagem, 2006. Disponível em: <http://WWW.eerp.usp.br/rlae>.

SIMÕES, Silvia. 2012. Repositório IPCB. *Http//: repositorio.ipcb.pt/bitsstream/10400.11/1718/1/cuidados%20e%20cuidado res.pdf.* [Online] 2012.

SOUSA, Eunice. 2011. *A família- atitudes do enfermeiro de reabilitação.* Porto : Dissertação Mestrado - Escola Superior Enfermagem Porto, 2011.

SOUSA, V., DRIESSNACK, M. e MENDES, I. 2007. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a Enfermagem. *Parte I: Desenhos de pesquisa quantitativa.* Maio-Junho, 2007, Vols. Vol. 15, n.º 3, pp. p.502-507.

SOUZA, Maria, et al. 2005. Texto Contexto Enfermagem. *O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica.* Abril-Junho, 2005, pp. 267-268.

SQUASSANTE, N. D. e ALVIM, N. A. T. 2009. Revista Brasileira de Enfermagem. *Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado.* Jan-Fev, 2009, Vols. Vol. 62, n.º 1, pp. 11-17.

STREUBERT, H. J. & Carpenter, D. R. 2002. *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista.* Loures : Lusociência, 2002.

TOMM, K. & SANDERS,G. 1983. Family assessment in a problem oriented record. *Diagnosis and assessment in family therapy.* London : Aspen System Corporation, 1983, pp. 101-122.

WHALLI, A.& FAWCETT,J. 1991. *Family Theory Development in Nursing: State of the Science and art.* Philadelphia : F.A.Davis, 1991.

WRIGHT, L & LEVAC,A. 1992. The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. s.l. : Journal of Advanced Nursing, 1992. Vol. 17, pp. 913-917.

WRIGHT, L. & LEAHEY,M. 2009. *Enfermeiras e Famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família.* São Paulo : Roca, 2009.

YIN, Robert. 1994. *Case study research: Design and methods*. 2^a. OAKS : Sage publications, 1994.

ANEXOS

ANEXO I - Plano de formação

Plano de formação no hospital 2013 - serviço Neurologia

Horário 15.30 às 18H – no serviço

Nº aula	Tema	Prof.	Dia	Horário
Módulo I – Caminhando pela teoria				
1	- As famílias como sistema: características e Funções	Ilda	19/03	Tarde (2,5H)
	Repetição	Ilda	21/03	Tarde (2,5H)
2	- Ciclo vital da família e o processo saúde - doença	José Carlos	26/04	Tarde (2,5H)
	Repetição	José Carlos	28/04	Tarde (2,5H)
3	- A família como foco dos cuidados percursos para uma prática sustentada	Manuela	2/04	Tarde (2,5H)
	Repetição	Manuela	4/04	Tarde (2,5H)
Módulo II - Da teoria à prática				
4	- Avaliação familiar	Júlia	9/04	Tarde (2,5H)
	Repetição	Júlia	11/04	Tarde (2,5H)
5	- Treino de estratégias de intervenções – Instrumentos de suporte	Júlia	16/04	Tarde (2,5H)
	Repetição	Júlia	18/04	Tarde (2,5H)
Módulo III - Aplicação prática – Vencendo as dificuldades (orientações tutoriais)				
6	- Conceção de cuidados à família em crises acidentais; Planeamento de cuidados à família	Manuela; Ilda	23/04	Tarde (2,5H)
	Repetição	Manuela, Júlia	24/04	Tarde (2,5H)
7	- Estratégias adaptativas à intervenção à família no serviço	Todos orientar para o caso	30/04	Tarde (2,5H)
	Repetição	Todos	2/05	Tarde (2,5H)
8	- Estudo de caso (aplicação prática) Individual	Todos	7/05	Tarde (2,5H)
	Repetição	Todos	9/05	Tarde (2,5H)
9	- Avaliação	Todos	14/05	Tarde (2,5H)
	Repetição	Todos	16/05	Tarde (2,5H)

Total de Horas – 45h (equivalente a 2 ECTS – presenciais 22,5h + 22,5h trabalho do aluno)

ANEXO II - Guião de entrevista

Guião de Entrevista

Guião da entrevista**I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS**

IDADE: _____ Anos

SEXO: Feminino ☐ Masculino ☐

TEMPO DE EXERCÍCIO EM ENFERMAGEM: _____ Anos

TEMPO DE EXERCÍCIO NA INSTITUIÇÃO: _____ Anos

SERVIÇO: _____

TEMPO DE EXERCÍCIO NESTE SERVIÇO: _____ Anos

TÍTULO PROFISSIONAL: Enfermeiro ☐ Enfermeiro Especialista ☐ Especialidade _____HABILITAÇÕES ACADÉMICAS: Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Mestrado _____ ☐
Doutoramento ☐FORMAÇÃO NO ÂMBITO DA FAMÍLIA: Autoformação ☐ Formação Contínua ☐ Contexto Académico ☐OUTRO TIPO DE FORMAÇÃO: Curso Pós licenciatura ☐ Área: _____ Pós
Graduação ☐ Área: _____JÁ TEVE ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA GRAVEMENTE DOENTE? ☐ SIM ☐ NÃOHOSPITALIZADO? ☐ SIM ☐ NÃO**QUESTÕES ORIENTADORAS****TEMA A: RAZÕES QUE JUSTIFICAM A TIPOLOGIA DOS REGISTOS:**

1 – Na sua opinião como justifica os registos de enfermagem no âmbito da família encontrados no serviço?

TEMA B: REGISTOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA FAMÍLIA

2 - Na sua opinião os registos retratam as atividades concretas que os enfermeiros realizam com as famílias?

O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação

3 – O que poderá estar na origem da ausência de registos efetivos das atividades realizadas?

TEMA C: OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA FAMÍLIA

4 – Faça referência a outras actividades que desenvolve no seu quotidiano dirigido para a família:

QUADRO RESUMO DA ENTREVISTA

<u>BLOCO TEMÁTICO</u>	<u>OBJECTIVOS</u>	<u>EXEMPLO DE PERGUNTAS</u>	<u>OBSERVAÇÕES</u>
TEMA A: RAZÕES QUE JUSTIFICAM A TIPOLOGIA DOS REGISTOS: :	- Identificar factores intervenientes na tipologia dos registos efetuados em cada um dos contextos.	1 – Na sua opinião como justifica os registos de enfermagem no âmbito da família encontrados no serviço?	
TEMA B: REGISTOS DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA FAMÍLIA	- Identificar possíveis dificuldades nos registos em cada um dos serviços	2 - Na sua opinião os registos retratam as atividades concretas que os enfermeiros realizam com as famílias? 3 – O que poderá estar na origem da ausência de registos efetivos das atividades realizadas?	
TEMA C: OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA FAMÍLIA	Conhecer actividades que o enfermeiro desenvolve no seu quotidiano dirigidos para a família e que por vários fatores podem não ser registados	4 – Faça referência a outras actividades que desenvolve no seu quotidiano dirigido para a família	

ANEXO III - Autorização para a realização no estudo



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE

PARECER

Título da Investigação: “O envolvimento da família no hospital: perspetivas dos enfermeiros generalistas e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação”

Investigador: Sandra Cristina Marques Ferreira

Orientador: Maria Júlia Costa Marques Martinho, Prof. Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)

Serviço onde se realizará a Investigação: A investigadora solicita autorização para a realização deste trabalho de investigação nos Serviços de Neurologia, Medicina Física e Hemat oncologia. Foram facultadas autorizações dos Srs. Diretores dos serviços, bem como dos respetivos Srs. Enfermeiros Chefes.

Elo de ligação: os Srs. Enfermeiros Chefes dos serviços

Promotor: ESEP

Objetivos do estudo:

Objectivo geral:

- Analisar a informação dos registos de enfermagem produzida por enfermeiros generalistas e especialistas de enfermagem de reabilitação, referente ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

Objectivos específicos:

- Identificar as dimensões sobre as quais recai a informação relativa ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem, produzida pelos enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que trabalham em contexto hospitalar;
- Comparar a informação relativa ao envolvimento da família nos cuidados de enfermagem produzida pelos enfermeiros generalistas e os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que trabalham em contexto hospitalar.
- Analisar a assistência à família em meio hospitalar: Os registos de enfermagem antes e depois da formação realizada aos enfermeiros dos serviços de Neurologia e Hemato-Oncologia.
- Comparar a assistência à família em meio hospitalar: os registos de enfermagem em serviços onde se desenvolveu formação aos enfermeiros (serviços de Neurologia e Hemato-Oncologia) e em serviços onde não se desenvolveu formação (Medicina Física de Reabilitação de Valongo).

Pertinência e Conceção do estudo:

Uma vez que é a família que, após a alta, cuida dos doentes, é importante preparar a transição da prestação de cuidados do hospital para o domicílio. O enfermeiro pode atuar nos períodos antecipatórios, desenvolvendo junto da família intervenções de ensino, orientação e supervisão.

Estudo de caso, no qual se prevê abranger a totalidade de profissionais de enfermagem dos serviços participantes. Os dados serão recolhidos através da análise dos registos de enfermagem e através de entrevistas semiestruturadas, gravadas, a enfermeiros de referência dos serviços em estudo.

Benefício/Risco:

Não estão previstos quaisquer riscos decorrentes da participação neste estudo. É referida, como benefício, a reflexão sobre a prática de cuidados.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO, EPE

PARECER

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito:

O acesso aos registos de enfermagem será assegurado pelos elos de ligação.

Para a gravação das entrevistas será obtido consentimento escrito, modelo CE 01. Foi elaborada informação escrita aos participantes, que expõe, de forma completa mas sucinta, os objetivos deste trabalho, o caráter voluntário da participação, a destruição dos registos áudio e a anonimização de toda a informação recolhida.

Confidencialidade dos dados:

A entrevista será gravada e posteriormente transcrita pelo investigador. Durante esse processo estão garantidos a confidencialidade e o anonimato; mesmo que qualquer nome ou instituição seja referido, será eliminado no registo. Após a transcrição da entrevista o seu registo áudio será eliminado.

Financiamento: N.A.

Indemnização por danos: N.A.

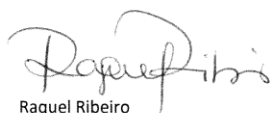
Propriedade dos dados: promotor

CV do investigador: A investigadora é licenciada em Enfermagem, com a especialidade em Reabilitação, e aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem em Reabilitação da ESEP. Exerce atualmente funções na ARS Norte - ACES Tâmega e Sousa III. O seu CV adequa-se ao projeto de investigação em apreço.

Conclusão: Face ao exposto, proponho à CES a emissão dum parecer favorável à implementação deste trabalho.

Porto, 24 de fevereiro de 2014

A relatora,



Raquel Ribeiro

CES 33-14

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 17 ABR 2014
Presidente do Conselho de Administração

(Prof. Doutor António Pereira)

Directora Clínica Enfermeira Directora Vogal Executivo Vogal Executivo

(Dra. Margarida Tavares) (Enfermeira Euáclio Portela) (Dr. João Oliveira) (Dr. Amândio Pereira)

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: SANDRA CRISTINA MARQUES FERREIRA

Título do projecto de investigação:

O ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NO HOSPITAL: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS GENERALISTAS E DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Neurologia, Hemato - oncologia e Medicina Física Reabilitação do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 31/ Janeiro / 2014

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Sandra Cristina Marques Ferreira




COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de
28.11.2014

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.


Prof. Dr. Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

**ANEXO IV - Quadro de focos abertos dos utentes dos processos
analizados**

**Quadro de focos abertos do serviço de Hemato - Oncologia, dos utentes
dos processos analisados**

Hemato- Oncologia			
Focos /Fase	1º	2º	3º
Alimentar-se	26	11	10
Apetite	32	30	
Autocuidado	187	92	100
Conhecimento	33	5	7
Deambular	97	7	20
Diarreia		10	2
Edema	31	28	
Equilíbrio	14		30
Eritema	12	16	11
Expetorar	4		
Febre	16	12	6
Ferida	214	223	210
Imagem corporal	15		
Infeção	209	156	103
Maceração	22		
Membrana Mucosa	109	187	96
Náusea	21	19	7
Obstipação	26	13	67
Papel prestador Cuidados		71	
Pele	70	54	6
Perceção	49	23	
Perda sanguínea	22	16	13
Queda	191	214	213
Retenção Urinária	2		
Sufrimento	28	27	
Sono	23	25	
Suporte			52
Tontura	1		
Ventilação	32	44	5
Vómitos	1	19	3

Quadro de focos abertos do serviço de Neurologia, dos utentes dos processos analisados

Neurologia			
Focos/fase	1º	2º	3º
Afasia	16	11	
Alimentar-se	52	59	63
Apetite			
Autocuidado	101	97	79
Confusão		11	
Conhecimento		6	
Deambular	16	19	52
Diarreia			
Edema	5		
Equilíbrio	35	12	18
Eritema			
Expetorar			
Febre	5	8	
Ferida	115	57	93
Imagem corporal			
Infeção	31	14	10
Maceração			
Membrana Mucosa			
Movimento muscular	34	38	70
Náusea	4		
Obstipação	33	43	61
Papel prestador Cuidados			
Pele			
Perceção	110	60	78
Perda sanguínea	9	4	3
Queda	134	44	89
Retenção Urinária	7	11	
Sufrimento	7	21	10
Sono			
Suporte			
Tontura			
Ventilação	32	34	33
Vómitos	4		5

**Quadro de focos abertos do serviço de Medicina Física e Reabilitação,
dos utentes dos processos analisados**

Medicina Física e Reabilitação			
Focos/fase	1º	2º	3º
Alimentar-se	212	595	427
Apetite		94	32
Autocuidado	390	689	574
Confusão		72	
Conhecimento	13		
Diarreia		28	12
Disfasia	187	206	185
Edema	86	339	215
Equilíbrio	510	850	670
Eritema			
Expetorar		54	58
Febre	13	16	22
Ferida	222	579	524
Imagem corporal			25
Infeção	26	10	18
Maceração			
Membrana Mucosa		15	
Movimento corporal	534	707	618
Náusea		4	
Obstipação	20	280	129
Papel prestador cuidados		35	48
Pele		77	
Perceção	230	529	586
Perda sanguínea	94	286	214
Queda	226	600	560
Retenção Urinária	4	68	34
Sufrimento	5	115	98
Sono		42	
Suporte			6
Tontura			
Ventilação	115	330	386
Vómitos	6	4	

ANEXO V - Quadro de avaliação de formação sobre família

Quadro de avaliação de formação sobre família

Temas a avaliar	Serviço Neurologia Estratégia - sessão presencial					Serviço Hemato-Oncologia Estratégia ensino e-learning				
	Fraco	Médio	Bom	M. Bom	Ótimo	Fraco	Médio	Bom	M. Bom	Ótimo
Clareza da exposição,			15	3			6	3		
Relacionamento com os formandos			15	3				5	3	
Captação da atenção e motivação dos participantes			15	2	1		3	4	1	
Capacidade de animação do grupo				15	3		1	6	2	
Importância dada às intervenções e discussões				17	1		3	4	2	
Transposição dos temas para a prática		2	13	2	1		5	4		
Poder de síntese e apresentação de conclusões			15	3		2	5	2		
Assiduidade e pontualidade do(s) formador(es)			11	7						
Correspondência do conteúdo da acção às expectativas criadas			16	2			6			
Interesse dos temas tratados			13	5			5	3	1	
Utilidade dos conhecimentos adquiridos			15	3		2	6	1		
Condução a novos procedimentos e mudança de comportamento		1	15	2		2	4	2	1	
Adequação da duração da acção aos objectivos			17	1				6	3	
Documentação distribuída			16	2			7	1		
Tratamento do tema de acordo com as expectativas			10	8		2	5	2		
Profundidade de análise dos temas			11	7		2	3	4		

